

DES TUMEURS PRIMITIVES DU POUMON D'ORIGINE CONJONCTIVE

(CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 21 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VILLEMIN (René-Marie-Albert)

Né le 5 Avril 1886, à Épinal (Vosges)

Examineurs de la Thèse	}	MM. SCHMITT, professeur, <i>président.</i>	}	<i>Juges.</i>
		SIMON, professeur.		
		G. GROSS, agrégé.		
		BINET, agrégé.		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE PONCELET, RUE DES CARMES, NANCY

SAINT-NICOLAS

IMPRIMERIE NOUVELLE, V. ARSANT, RUE DU CANAL

DES TUMEURS PRIMITIVES DU POUMON D'ORIGINE CONJONCTIVE

(CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 21 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VILLEMIN (René-Marie-Albert)

Né le 5 Avril 1886, à Épinal (Vosges)



Examineurs de la Thèse

MM. SCHMITT, professeur, *président*.
SIMON, professeur.
G. GROSS, agrégé.
BINET, agrégé.

Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE PONCELET, RUE DES CARMES, NANCY
SAINT-NICOLAS

IMPRIMERIE NOUVELLE, V. ARSANT, RUE DU CANAL

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O *, I Q.

Assesseur : M. WEISS, *, I Q.

Professeurs honoraires: MM. BEAUNIS, *, I Q, NICOLAS, I Q

PRENANT, *, I Q, BERNHEIM, O *, I Q.

Professeurs :

Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O *, I Q.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER *, I Q.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN I Q.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, *, I Q.
Chimie médicale et Toxicologie..	M. GARNIER, I Q.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q.
Clinique obstétricale et Accouch ^{nts}	M. A. HERRGOTT, * I Q.
Hygiène.....	M. MACÉ, I Q.
Clinique médicale.....	M. SCHMITT, I Q.
Physiologie.....	M. MEYER, *, I Q.
Pathologie gén ^{le} et Pathologie int ^{ne}	M. SIMON, I Q.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I Q.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I Q.
Médecine légale.....	M. PARISOT, I Q.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I Q.
Histologie.....	M. BOUIN, I Q.
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, A Q.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHE, I Q.

Professeurs-adjoints :

Clinique d'électrothérapie (1)....	M. GUILLOZ, *, I Q.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I Q.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique des maladies des vieillards	M. ETIENNE. I Q, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, A. Q, ag. libre.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I Q, agrégé libre.
Clin. de chir. enfant. et orthopédie (1)	M. FRÉLICH, I Q, agrégé libre.
Clin. d'oto-rhino-laryngologie (1).	M. JACQUES, I Q, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1)...	M. ANDRÉ, I Q, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales..	M. PARIS, I Q.
Cours de médecine opératoire....	M. MICHEL, I Q, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	M. ZILGIEN, I Q, ag. lib.,

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ *, I Q.	MM. COLLIN, A Q	MM. BUSQUET.
LAMBERT I Q.	DUFOUR, A Q.	LUCIEN, A Q.
RICHON A Q.	SENCERT, A Q.	BINET.
G. GROSS, A Q.	ROBERT, A Q.	PERRIN, A Q.
FRUHINSCHOLZ, A Q		

Agrégés libres : MM. REMY, A Q, FÉVRIER, O *, I Q, ETIENNE, I Q, ZILGIEN, I Q, FRÉLICH, I Q, SCHUHL, I Q, JACQUES, I Q, ANDRÉ, I Q, MICHEL, I Q, L. SPILLMANN, A Q.

M. F. LAMBERT DES GILLEULS, *, M, I Q, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

L'Université a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE,
LE DOCTEUR VILLEMIN, D'ÉPINAL

Le dévouement et la probité professionnelle dont il a sans cesse fait preuve nous ont vivement touché et décidé du choix de notre carrière. Notre seul désir est d'être digne de lui et en nous engageant dans le chemin qu'il nous a tracé de continuer à notre tour, dans la mesure de nos moyens, le devoir qu'il a lui-même si bien accompli. Aussi notre premier hommage va de droit à sa mémoire vénérée et notre amour filial lui dédie ces lignes.

A MA MÈRE

Témoignage de ma plus tendre affection et de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

A CEUX QUI ME SONT CHERS

Parents et amis qui m'ont toujours donné des preuves d'affection et d'amitié sincères.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SCHMITT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

Introduction

Si le cancer primitif du poumon est actuellement une affection bien connue, tant au point de vue anatomo-pathologique que clinique, il n'en est pas de même des tumeurs primitives du poumon d'origine conjonctive, qui dans les auteurs se trouvent souvent encore confondues dans une description commune.

Pendant notre semestre d'externat à la Clinique médicale de M. le Professeur Schmitt, nous avons eu l'occasion relativement rare, d'observer un cas de surcome primitif du poumon, ayant présenté dans son évolution, certaines particularités qui nous ont semblé intéressantes. Sur les conseils de notre maître, nous avons fait de cette affection le sujet de notre thèse.

A ce propos, nous avons recherché les cas peu nombreux de tumeurs primitives du poumon, publiées jusqu'à ce jour, et nous avons retrouvé dans quelques-uns d'entre eux les modalités cliniques qui nous avaient frappé dans celui que nous avions observé.

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre neuve, et d'apporter ici un tableau clinique complet des tumeurs conjonctives du poumon. Nous avons voulu seulement, en traçant une esquisse générale, insister

sur certaines modalités symptomatiques qui ne nous ont pas paru absolument classiques, et qui nous avaient frappé soit dans l'histoire de notre malade, soit à la lecture des quelques observations déjà publiées de tumeurs conjonctives du poumon.

Nous diviserons notre travail en sept chapitres dans le premier nous exposerons quelques considérations historiques. Nous rechercherons ensuite dans un petit paragraphe l'étiologie et la pathogénie de ces affections.

Puis nous ferons une étude des divers symptômes fournis par les tumeurs primitives du poumon, considérées d'une manière générale.

Dans un quatrième chapitre, nous étudierons les diverses formes cliniques, sous lesquelles peuvent se grouper ces tumeurs ; une bonne partie de nos observations, suivies des considérations que chacune d'elles aura pu nous suggérer, sera rangée dans cet important paragraphe.

Viendront ensuite, et successivement dans des chapitres différents : l'anatomie pathologique, le diagnostic, avec une étude des méthodes actuelles d'investigation, et le traitement sur lequel nous insisterons peu.

Les observations que nous n'aurons pas insérées au cours de notre travail, seront groupées à la fin. Nous devons dire que nous avons rejeté d'une façon systématique, toutes celles dont un examen histologique ne confirmait pas le diagnostic anatomique.

Mais avant de commencer cette thèse qui est pour

ainsi dire la consécration de nos études universitaires, il nous est particulièrement agréable de nous conformer à cette tradition, qui veut qu'au seuil de la carrière, nous adressions à MM. les Professeurs et à tous nos excellents maîtres qui nous ont aidé de leurs conseils, l'hommage de notre profond respect, et de notre reconnaissance.

Nos remerciements iront tout d'abord et en premier lieu, à M. le Professeur Schmitt, qui a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse, et qui nous fait le grand honneur d'en accepter la présidence. Par là, il nous donne encore un témoignage de la haute sollicitude qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant le semestre d'externat passé à sa clinique médicale. Ses leçons cliniques, sans apprêt, attrayantes par leur simplicité même et leur clarté, ont contribué pour une grande part dans notre éducation médicale ; nous le prions de vouloir bien accepter l'hommage de notre très vive reconnaissance.

Nous avons eu aussi l'avantage de suivre les cours si instructifs de M. le Professeur Simon, qui nous ont facilité l'étude de la pathologie générale et interne. Nous lui offrons le respectueux hommage d'une gratitude toute spéciale, non seulement pour les bons conseils qu'il ne nous a point ménagés, mais aussi pour les soins dévoués qu'il a prodigués à notre famille.

Notre première année d'externat s'est écoulée dans la Clinique chirurgicale de M. le Professeur Gross, dont nous avons suivi les cliniques avec une curiosité si

légitime, et qui a droit à notre respect comme maître et comme Doyen.

Nous adressons nos remerciements à M. le Professeur agrégé André. Nous lui devons les connaissances en Urologie que nous avons acquises, tant pendant notre passage dans son service comme externe, que comme auditeur à ses conférences si intéressantes.

Le temps passé comme externe à la Clinique infantile du Pavillon Virginie-Mauvais, nous a paru bien court grâce aux cliniques spirituelles et documentées de M. le Professeur Haushalter. Ses leçons resteront profondément gravées dans notre esprit.

C'est à M. le Professeur Spillmann que nous devons une bonne partie de nos connaissances médicales. Ayant eu l'honneur d'être son externe, nous avons pu profiter de ses intéressantes cliniques : nous le prions d'accepter l'expression de notre respectueux reconnaissance.

MM. les Professeurs agrégés G. Gross et Binet, nous ont témoigné, durant nos études, une bienveillante sympathie que nous ne saurions oublier, et dont nous sommes heureux de les remercier.

Enfin, nous adressons notre meilleur souvenir à tous nos amis de la Faculté, et nous leur souhaitons un avenir de succès et de bonheur.

CHAPITRE I.

APERÇU HISTORIQUE

Bayle, dans ses recherches sur la phthisie pulmonaire (Paris 1810), considère le cancer du poumon, comme la forme la plus rare de la tuberculose. Les signes qu'il en donne, sont peu caractéristiques : gêne de la respiration, toux, expectoration ; il signale cependant déjà l'apparition de tumeurs cancéreuses externes. Il cite un cas où coexistait la tuberculose et le cancer, et s'élève déjà contre l'hypothèse d'un antagonisme entre ces deux sortes d'affection : opinion qui sera discutée par Rokitansky, puis reprise par Virchow et par d'autres auteurs. Mais il ne sait pas distinguer les tumeurs primitives, et celles qui ne sont que des métastases émanées d'autres organes.

Y a-t-il parmi les quelques observations de William Stokes (1842) des cas de sarcome ? C'est probable, si l'on s'en rapporte à la description macroscopique ; mais il multiplie les formes et les variétés et méconnaît encore les cancers primitifs et secondaires. Notons cependant combien sont remarquables quel-

ques parties de sa description clinique : il signale en effet comme hypothèses de grande valeur : une douleur continue dans la poitrine, une expectoration semblable à de la gelée de groseille noire, un état variqueux des veines du cou, du thorax et de l'abdomen, de l'œdème des membres supérieurs, la formation rapide de tumeurs externes de nature cancéreuse.

L'authenticité de ces faits ne paraissait pas encore bien établie et Hechs et Birsch-Hirschfeld étaient encore à en nier l'existence : « Il n'est pas bien démontré, écrivait Birsch-Hirschfeld, que l'on ait trouvé des sarcomes primitifs du poumon, malgré quelques témoignages en faveur de cette opinion. »

L'éveil, cependant, était donné, et peu à peu les médecins anglais qui s'occupèrent de cette question (Marshall Hugues, Taylor, Walshe) séparèrent, dans leurs descriptions, les cancers du poumon des cancers de la plèvre. Ils isolèrent les cancers du médiastin, développés aux dépens des ganglions bronchiques, de ceux du poumon. L'endothéliome, le cancer primitif de la plèvre furent rangés dans un groupe à part.

Mais la première description de tumeur sarcomateuse du poumon, était due à Poisson et Robin (Gazette médicale de Paris 1856). Il s'agissait d'un homme de 30 ans soigné pour phtisie aiguë, et à un moment même pour pleurésie gauche. A l'autopsie on se trouva en présence de tumeurs multiples, encéphaloïdes, ayant envahi le poumon gauche. Robin qui en fit l'examen microscopique la décrivit comme formé

de corps fibro-plastiques. C'était sans doute un sarcome fuso-cellulaire.

Béhier, en 1867, précisa les signes qui aident au diagnostic du vivant du malade, insistant tout particulièrement sur les troubles de la respiration, et sur le cornage provoqué par une compression des bronches ou de la trachée.

En 1875, Demange a l'occasion de suivre un malade pendant toute la durée de son affection, et publie après sa mort une observation très intéressante, tant au point de vue clinique que microscopique, relatant les signes physiques auxquels il avait assisté et qu'expliqua l'autopsie.

La même année, un professeur de Boulogne, Victorio Colomatti, en ouvrant un cadavre à l'amphithéâtre d'anatomie, fut étonné de trouver une tumeur énorme siégeant dans le poumon droit ; après examen microscopique, il reconnut l'existence d'un sarcome, localisé au poumon, et ayant débuté sans aucun doute dans cet organe.

Plus tard, en 1883, Füchs dans sa thèse inaugurale, à Munich, apporte à l'appui de Colomatti, trois observations de sarcome primitif du poumon. Puis ce sont les deux observations de Schwalbe en 1892, et celle de Walch, qui, dans les Bulletins de la Société anatomique, publient la relation de plusieurs cas nouveaux.

Enfin au mois de mars 1893, un nouveau fait est rapporté par M. Reymond, et Duran (Thèse de Paris), publie une étude d'ensemble sur ce sujet. Puis ce sont les observations de Krœnig, de Pitot, de MM. Spillmann

et Haushalter, de Bensaude; de Schech, la thèse de Bocage et dans ces dernières années, les communications de MM. Guibal. Spillmann et J. Parisot, Halbron et Serazy et l'article de Menétrier. (1)

(1) Traité de médecine de MM. Brouardel et Gilbert.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE & PATHOGÉNIE

Les données étiologiques concernant le sarcome primitif du poulmon sont aussi obscures que pour tous les autres cancers: nous considérerons cependant, plus particulièrement certains points.

Comme fréquence, Fûchs prétend que le cancer conjonctif se rencontre par rapport au cancer épithélial, dans la proportion de 1 à 7, et à raison de 0,009 pour cent des autopsies, par rapport à la mortalité générale. Sur 1237 autopsies prises au hasard, il n'a rencontré qu'une seule fois le sarcome primitif: et sur 8.716 autopsies, Reinhard et Kurt Wolff, pratiquant les mêmes recherches, ont trouvé 545 sarcomes, dont cinq seulement du poulmon. En outre, Kurt Wolff, en décomposant ces statistiques, année par année, appelle l'attention sur ce fait curieux qui d'ailleurs avait déjà frappé plusieurs médecins, entr'autres Verneuil, sur l'augmentation du nombre de décès par cancer et

particulièrement par cancer du poumon, dans ces dernières années.

Nous n'accorderons cependant à ces statistiques qu'une confiance relative, en raison de la multiplicité des formes morbides ainsi réunies sous l'étiquette : cancer du poumon. Si l'on veut en effet, pour avoir des chiffres importants, sortir des statistiques hospitalières, où le diagnostic est toujours confirmé par l'examen histologique, et nous adresser à celles des villes et des états, nous ne trouvons que le cancer maladie, entité unique, sans distinction de formes et d'espèces : il ne pourrait-en être autrement, puisque le diagnostic clinique ne saurait donner mieux. De plus, combien souvent est difficile de savoir pour certaines observations, dans quelle mesure on est autorisé à les ranger dans les sarcomes, néoplasmes vrais du tissu conjonctif, ou à les considérer comme produits d'infection non reconnues : tels sont par exemple les faits décrits par Harting et Hesse, sous le nom de : maladie des montagnes, ou encore de : maladie des mineurs de Schnelleberg. Cette maladie, aurait tué, de 1869 à 1877, 150 personnes sur 650 ouvriers : la fréquence de cette affection, dépassant d'ailleurs de beaucoup le chiffre total des tumeurs sarcomateuses du poumon, contenues dans la littérature, soit une quarantaine d'observations. D'après Fuchs et Braunreuter, qui se sont occupés de cette question, il s'agirait probablement d'un lymphosarcome primitif des ganglions du médiastin. Ce seraient les vapeurs d'arsenic, par leur combinaison

avec le cobalt et le bismuth, qui produiraient une irritation chronique des bronches, et du parenchyme pulmonaire, appelant consécutivement la transformation sarcomateuse.

Le doute peut également s'appliquer à d'autres faits : personne n'ignore en effet la grande analogie histologique des hyperplasies inflammatoires, avec les tissus conjonctivo-vasculaires cancéreux. C'est qu'en réalité, ces tissus inflammatoires sont constitués essentiellement des mêmes éléments que les sarcomes, puisque dans un cas comme dans l'autre, les mêmes tissus sont intéressés. Aussi conçoit-on combien le diagnostic, même histologique, du sarcome, doit être toujours considéré comme d'une grande délicatesse. Il n'y a pas encore bien longtemps, en effet, que l'actinomyose était décrit au chapitre des tumeurs.

Ces réserves faites, et en nous aidant des cas réunis par Fücks, par Duran et par Bocage, ainsi que de quelques observations récentes, nous trouvons relativement au sexe, une fréquence plus grande chez l'homme : 25 hommes pour 7 femmes, ce qui donne un rapport d'environ 1 à 4. D'après Duran, le sarcome aurait une prédilection pour l'enfance (cinq cas chez des enfants ayant moins de quinze ans) et pour la première moitié de la vie ; sur 16 cas où l'âge fut spécifié, il le rencontra deux fois plus avant quarante ans qu'après.

Nous ne croyons pas que le cancer conjonctif soit aussi fréquent dans l'enfance, le plus grand nombre de cas s'observant vers la trentaine. Voici d'ailleurs

notre relevé : avant vingt ans : 3 (3. 14. 20) ; de vingt à trente ans : 9 (cinq à l'âge de 30 ans) ; de trente à quarante ans : 5 ; de quarante à cinquante ans : 3 ; de cinquante à soixante-dix ans : 5 ; et au-delà de soixante-dix ans : 4 cas ; soit douze cas avant trente ans pour dix-sept après cet âge.

Fréquent dans le lobe inférieur du poumon gauche, le sarcome est beaucoup plus rare dans le poumon droit : il siège alors de préférence dans le lobe supérieur ; c'est là un fait assez constant dont on devra quelquefois se souvenir, pour mettre sur la voie du diagnostic. Nous avons trouvé, en effet, le poumon gauche atteint 20 fois de cancer conjonctif tandis que le droit ne l'était que 12 fois.

Mais comment se développe le sarcome ? Quelle est la cause première qui favorise son évolution ? La cause vraie nous échappe. Il en est du sarcome comme de l'épithélioma ; ni la théorie infectieuse, ni la théorie embryonnaire, ni l'hérédité ne sauraient élucider cette question : elles sont les unes et les autres muettes à ce sujet. Une malade de Ferrand (Obs : xxix) présenta les premiers symptômes de son mal au cours d'une grossesse. Eickersdorff a publié un cas dont le début semblait remonter à un traumatisme. Georgi a donné également le traumatisme thoracique comme provoquant un *locus minoris resistentiae*, pouvant favoriser le développement du sarcome. MM. L. Spillmann et J. Parisot, enfin, ont publié dans la Revue médicale de l'Est (1907), le cas d'un ouvrier mineur qui, ayant été atteint par un coup de mine

présenta deux années après, un volumineux sarcome du poumon gauche (Ob : xxi).

Il est en outre, une influence qui nous paraît être d'une certaine valeur dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe. Dans le poumon, en effet, pas plus qu'ailleurs, le cancer conjonctif ne nous semble, une affection primitive, mais souvent le résultat d'irritation chronique de longue, de très longue durée.

A ce titre, la sclérose pulmonaire doit être considérée comme un facteur de premier ordre. Il y a manifestement, croyons-nous, dans les faits rapportés par Hærtling et Hesse, une relation, entre l'irritation chronique professionnelle et la formation néoplasique, relation marquée par la longue durée d'exposition aux influences nocives, nécessaires au développement de la maladie, (jamais moins de 20 ans de séjour à la mine).

Nous avons cherché si quelques faits pouvaient plaider en faveur de l'origine tuberculeuse des sarcomes observés jusqu'à ce jour ; certains auteurs, Cornil, Delbet, Esmarch, tendant à considérer certaines tumeurs conjonctives comme étant de nature tuberculeuse ou syphilitique. Cette recherche n'a pas été très fructueuse, vu le peu de détail des observations sur ce point. Il eut été utile que l'examen histologique fut plus approfondi, et que les recherches des bacilles tuberculeux et des myéloplaxes, ait été faite dans les coupes, ou dans les liquides des poches sanguines. On sait qu'il n'est guère de sarcomes qui ne renferment de myéloplaxes, et l'on tend à identifier

ces myélopaxes, aux cellules géantes des tubercules. La présence d'un grand nombre de myélopaxes, ou ce qui serait plus probant, leur forme identique à celle des cellules géantes, dans ce cas particulier, aurait pu nous faire prendre parti pour la tuberculose. C'est qu'en effet, les myélopaxes et les cellules géantes, tout en ayant de nombreux points de ressemblance, ne sont pas identiques. Les myélopaxes ont des contours plus irréguliers, mais surtout beaucoup plus nets que les cellules géantes. Les noyaux sont en outre disséminés sans ordre, au lieu d'être rangés à la périphérie, en couronne régulière. Il eut donc peut-être été possible, de découvrir dans ces tumeurs, des cellules se rapprochant plus des cellules géantes que des myélopaxes ; c'eût été un argument en faveur de l'origine tuberculeuse de l'affection, quoique la cellule géante ne soit pas absolument pathognomonique de la tuberculose.

Regrettant ces lacunes, nous avons cherché dans les antécédents de nos malades, quelques faits qui puissent avoir de la valeur au sujet de ce qui nous occupe. La malade de Ranglaret avait été précédemment atteinte d'une pleurésie, mais la ponction n'ayant pas été pratiquée, il n'est pas prouvé qu'il y eut réellement du liquide dans la plèvre. Une thoracentèse, faite six mois après, alors que subsistaient des signes identiques, resta négative ; et il est probable que l'on était déjà en présence du développement du sarcome (Obs : xxvi. La malade de Reymond n'avait aucun antécédent tuberculeux, mais plusieurs membres de

sa famille étaient morts bacillaires. (Obs : II). Notre propre malade présentait au sommet gauche, une cavernule de la grosseur d'une noisette non ramollie, (Obs : XIV), Hildebrand (Obs : XII), a observé le développement d'un sarcome sur la paroi d'une caverne tuberculeuse. Enfin, récemment, Ménétrier, (observation encore médite) a eu l'occasion de voir un sarcome primitif à cellules fusiformes, qui s'était développé dans un poumon atteint de sclérose tuberculeuse vraisemblablement très ancienne : « La tuberculose, écrit cet auteur, à ce sujet, agissant dans ses formes lentes, torpides, scléreuses, pourrait préparer comme irritant chronique de durée indéfinie, le développement du cancer conjonctif ».

Dans leur observation, Milian et Bernard ont signalé l'existence d'un microbe morphologiquement semblable au bacille du charbon, à l'intérieur d'une cavité due à la mortification de la tumeur : mais ils n'en ont pas indiqué la valeur pathogène.

Nous pouvons donc conclure en disant que, la pathogénie du sarcome, pareille en cela à celle du cancer épithélial, est encore fort obscure à l'heure actuelle, et que peu de faits, plaident en faveur de l'origine héréditaire, tuberculeuse ou syphilitique, des tumeurs conjonctives qui font l'objet de ce travail.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Le cancer primitif d'origine conjonctive se manifeste pendant la vie, dans la pluralité des cas ; on ne connaît guère que les observations rapportées par Millian et Bernard, par Fücks, par Lewit, de sarcomes restés latents, et trouvés seulement à l'autopsie. Ces signes sont d'ailleurs variables, et cette diversité nous conduira à étudier, dans le chapitre suivant, les diverses formes cliniques de sarcome du poumon. Mais tout d'abord, nous allons tracer le tableau de la forme classique, tout en faisant remarquer qu'elle est loin d'être la plus fréquente.

Le sarcome du poumon se présente le plus souvent avec les apparences cliniques d'une pneumopathie chronique, dont il ne nous paraît guère possible de diviser l'évolution en plusieurs périodes : de début, d'état, de terminaison. De la première, nous ne saurions rien dire, sinon qu'elle ne présente aucun caractère bien précis, le début est le plus souvent é par une affection antérieure : bronchite chronique

nique, emphysème, expliquant dans une certaine mesure les signes constatés qui sont surtout des signes fonctionnels. La période d'état et la période de terminaison n'ont aucune séparation bien nette ; aussi préférons-nous passer en revue la plupart des symptômes signalés dans cette affection.

A : Signes fonctionnels

Les troubles les premiers consignés, sont les troubles fonctionnels : douleur, gêne respiratoire, toux avec l'expectoration qui l'accompagne.

La douleur est un symptôme principal du sarcome du poumon ; on a pu dire que pas un sarcome ne pouvait évoluer au poumon, sans entraîner ce symptôme à sa suite. Elle varie sans doute de forme, de siège, d'intensité, mais elle est rarement absente. Elle marque fréquemment le début de l'affection, c'est le symptôme le premier en date. Tantôt, il s'agit d'une sensation diffuse, avec exacerbations irrégulières ou intermittentes ; tantôt, sourde, profonde, continue, elle acquiert une certaine acuité chez quelques malades. D'autres fois, c'est une douleur pongitive, très violente, rappelant le point de côté pneumonique ou pleurétique. Elle peut être sous-mamelonnaire, localisée dans un point variable de la poitrine, au sommet ou à la base, entre les deux épaules, ou revêtir une allure névralgique avec paroxysmes et irradiations dans les côtés, les lombes, les membres inférieurs.

La dyspnée suit généralement de près l'apparition

de la douleur, quoique ses premières manifestations soient plus ou moins précoces. L'affection peut, en effet, évoluer sans que le malade ait présenté la moindre gêne de la respiration. Dès qu'elle est installée, de modérée qu'elle est au début, elle devient intense et permanente, entrecoupée d'accès de suffocation survenant à la suite des efforts. Avec les progrès de la maladie, l'oppression devient très vive, entretenant un état d'insomnie permanent.

La toux est également un symptôme précoce, de concert avec la dyspnée et la douleur. Sèche au début, c'est celle des trachéo-bronchites ; mais chez certains sujets, elle devient particulièrement pénible, s'accompagnant de répercussions douloureuses et parfois même de vomissements.

L'expectoration n'offre, au début de l'affection, rien de caractéristique. Les crachats sont muqueux, filants, blancs grisâtres, ou même jaunâtres, muco-purulents. Cette dernière forme de crachats jaunes verdâtres, est relativement fréquente au cours du sarcome primitif du poumon, et cette fréquence nous semble être due à deux causes principales.

La première, c'est que la masse sarcomateuse arrive au cours de son évolution, à se désagréger par suite d'une irrigation vasculaire nulle ou insuffisante, à revêtir une forme caséuse, et à former des cavernes en plein bloc pulmonaire. D'autre part, on constate souvent que pendant le développement d'un sarcome, une inflammation microbienne vient se surajouter à la lésion primitive. L'invasion des microbes entraîne

la purulence des crachats, et explique la désagrégation du tissu pathologique.

Mais s'il crache souvent du pus, le malade atteint de sarcome du poumon crache aussi du sang. Très rares sont les cas où il n'y a pas la moindre expectation sanguine. L'hémoptysie, au cours de cette affection, peut se présenter sous des formes multiples : on peut ne constater que quelques filets de sang dans les crachats, mais on peut également assister à de grosses hémorragies de sang vermeil.

Il existe de plus une forme toute spéciale d'expectoration, observée par Marshall Hugues et Stockes qui les premiers, la comparèrent à de la gelée de groseille, terme demeuré classique, et voulurent la considérer comme tout à fait propre au cancer du poumon.

Ce crachat, gelée de groseille, mélangé de mucus et de sang, se présente avec des caractères qu'ont bien mis en évidence Germain Sée et Talamon : voici ceux qu'ils lui ont assigné :

« Il est d'une consistance gélatineuse formant dans le crachoir une masse demi-molle, tremblotante : il n'est ni visqueux, ni adhérent comme le crachat pneumonique.

« Il est d'une couleur rosée, mais non rouillée et briquetée. Il est homogène, presque transparent, comme une gelée bien faite. Il ne ressemble pas aux crachats de la pneumonie, ni à ceux de l'apoplexie pulmonaire. »

En outre, l'expectoration, à première vue, d'apparence banale peut, dans certains cas, rares il est vrai,

acquérir, microscopiquement tout au moins, une physionomie bien spéciale. Les crachats sont alors laiteux, contenant une bouillie blanchâtre analogue à de la cervelle : ce sont des débris de nature sarcomeuse, mélangés à du muco-pus.

Hampeln a signalé qu'un de ses malades rendit à plusieurs reprises des fragments de petite taille, dont le plus gros était de la dimension d'un pois. Cornil, en pratiquant cette recherche, aurait pu faire le diagnostic alors qu'il était interne de M. Hérard. Huber, Eischhorst, ont publié des observations de malades atteints de bronchite chronique, avec signes d'induration au sommet sans rien de bien caractéristique, qui rendaient dans leurs crachats de petites masses néoplasiques, cylindriques, assez semblables à des fragments de vermicelle cuit, et qui, examinés au microscope, étaient composées de cellules sarcomeuses dégénérées.

Cette expectoration caractéristique traduit la nécrobiose du parenchyme pulmonaire, avec production de cavités ouvertes dans les bronches. Cependant, si l'examen systématique des crachats de cancéreux ne devra jamais être négligé, puisque de cet examen dépendra quelquefois la clef du diagnostic, nous devons ajouter qu'il sera parfois l'occasion de sérieux mécomptes. Nous citerons à l'appui, les observations de Kurt Wofff qui, dans 31 cas de sarcomes et d'épithéliomes primitifs et secondaires, n'a jamais trouvé la moindre parcelle de tumeur dans les produits d'expectoration, bien que l'examen anatomique mon-

trait qu'en beaucoup de cas, la tumeur était parvenue à un degré d'ulcération assez avancé.

B : Signes de compression intra-thoracique

Ces symptômes sont ceux de toutes les tumeurs du médiastin. Ce sont des troubles fonctionnels qui résultent de la compression des organes du médiastin, par les adénopathies sarcomateuses péri-bronchiques, péri-trachéales, péri-œsophagiennes ; ils n'ont donc de valeur que par leur réunion à d'autres signes physiques et fonctionnels, au point de vue du diagnostic ; mais quelquefois aussi ils peuvent être pour ce dernier une source d'erreur.

La compression porte sur les vaisseaux du cou, du tronc, sur la grande veine azygos. La veine cave supérieure est souvent intéressée, et elle manifeste sa souffrance par l'apparition d'une circulation collatérale intense. Un réseau cutané veineux, atteint par places de dilatation variqueuse, dessine des lignes bleuâtres sur le dos, la poitrine, sur le moignon de l'épaule. La face devient bouffie, cyanosée, et l'œdème infiltre les tissus du côté correspondant à la lésion d'abord, puis ensuite du côté opposé.

Les artères se laissent plutôt déplacer que comprimer. Cependant on a pu noter dans quelques cas, une inégalité des pouls radiaux. L'envahissement de l'endartère, par les bourgeons cancéreux, se traduit par une hémoptysie foudroyante. Le cœur, déplacé par l'accroissement exubérant de la tumeur, peut être

refoulé jusque dans l'hémithorax droit. Dans un cas de Reymond où le sarcome siégeait à gauche (Observation n), le cœur battait à trois doigts en dehors du mamelon; chez le malade de MM. Spillmann et Haushalter, on porta le diagnostic d'insuffisance aortique en raison d'un souffle diastolique de la base et des battements superficiels de la région précordiale. Chez le malade de Demange (Obs. xxv), on entendait un souffle d'insuffisance tricuspidiennne due à une dilatation du cœur droit, consécutif à une thrombose de l'artère pulmonaire. Ces déplacements du cœur peuvent facilement donner lieu à des palpitations, voire même des syncopes mortelles.

La compression des bronches et de la trachée, se manifeste par une dyspnée intense. Le cornage, d'après Schwalbe, serait beaucoup plus fréquent au cours du sarcome qu'au cours du cancer. Nous n'avons trouvé ce symptôme signalé que deux fois au cours des observations que nous avons recueillies; nous ne pouvons donc aisément souscrire à l'opinion de cet auteur, admise cependant par Béher. Gueneau de Mussy, a signalé un souffle qu'il a dénommé interscapulo-huméral, se manifestant particulièrement quand la lumière de la trachée est rétrécie ou refoulée, par une masse néoplasique,

L'œsophage, en raison de sa mobilité, échappe à la compression; la dysphagie est un symptôme rare; mais la compression des nerfs plus fréquemment atteints donne lieu à des troubles variés; ce sera le récurrent entr'autres, qui traduira sa souffrance par

de la raucité de la voix, de la dysphonie, de l'aphonie, de la suffocation.

C : Signes physiques :

Le sarcome du poumon n'a pas de signes physiques qui lui soient propres ; ce sont ceux d'induration et d'imperméabilisation du parenchyme : ils ne diffèrent que par des nuances, de ceux que déterminent toutes les autres condensations du poumon. Rien n'est plus variable que leur apparition ; aucun d'eux n'est caractéristique, tant ils se manifestent avec une telle variété de forme et de siège. Tantôt nous releverons des symptômes de condensation pulmonaire, tantôt nous croirons être en présence d'un épanchement pleurétique. Ces signes physiques méritent d'être interprétés avec beaucoup de sagacité, dans l'intérêt du diagnostic ; nous les décrirons dans l'ordre habituel de l'examen thoracique.

A première vue, l'inspection montre dans presque tous les cas une asymétrie du volume du thorax. Les déformations constatées, consistent en une ampliation générale du côté atteint, ou en une voussure bien localisée, par suite de l'écartement des espaces intercostaux, causé par le développement de la masse sarcomateuse, ou par l'épanchement pleural. Pour Walsche, l'ampliation thoracique serait particulière au sarcome à noyaux disséminés, alors que dans la forme infiltrée, il y aurait rétraction de la cage thoracique. Dans notre cas personnel, le thorax était dilaté

du côté atteint, et cependant l'autopsie montra la présence d'un volumineux bloc sarcomateux. D'après les observations que nous avons colligées, il nous paraît plus logique d'admettre, que la rétraction du thorax, quand elle existe, est due à une pachy-pleurite surajoutée.

D'autres fois, la tumeur proliférant à l'excès, envahit et traverse la paroi, fait saillie sous la peau, bombe dans le creux axillaire, sous le grand pectoral et donne au palper, une sensation de pseudo-fluctuation, faisant croire à un abcès. (Obs : xxxiii) Obs : xxx).

A la palpation, on peut apprécier l'état des vibrations et la manière dont se fait l'expansion thoracique. Les mouvements respiratoires du côté atteint, sont parfois imperceptibles sur une grande surface et la paroi costale est immobile. Cette absence de respiration se constate très bien par l'amplexation bi-manuelle, et par d'autres procédés graphiques, tels que : la sthétographie bi-latérale (méthode de Gilbert et Roger).

Les vibrations vocales sont exagérées, lorsque le sarcome formera un bloc inclus au centre du parenchyme. Elles sont au contraire abolies ou diminuées, si la plèvre renferme du liquide, mais elles peuvent tout aussi bien l'être dans les cas de néoplasie profonde. Les battements du cœur sont également bien transmis par la tumeur, quand il est en contact avec elle, de telle sorte qu'on peut trouver soit une zone exagérément étendue, où se perçoivent les bruits du cœur, soit deux centres de battements synchrones,

pouvant faire penser à une tumeur anévrysmale (Obs : xxviii).

La percussion pourra donner des renseignements précieux. La sonorité peut être normale pendant un certain temps au début de l'affection : cependant elle fait bientôt place à une matité qui augmente de jour en jour : c'est là un des signes physiques les plus importants. Cette matité varie suivant que l'on ait à faire à un sarcome massif, à des tumeurs multiples, ou à une infiltration diffuse. Lorsque la tumeur est circonscrite, séparée qu'elle est, de l'oreille par une épaisseur suffisante de parenchyme aéré, elle fait naturellement défaut. Absolue par contre, dans les formes massives, elle sera mal localisée dans les formes à noyaux disséminés ou à infiltration diffuse. Enfin si elle siège au sommet, comme chez notre malade, on peut penser un instant à l'induration tuberculeuse chronique (Obs : xiv).

A l'auscultation, on peut entendre au début des râles de bronchite, des râles sous-crépitaux, des frottements, des signes d'emphysème. Puis le murmure vésiculaire, d'abord fort perceptible, le devient de moins en moins, et si on peut examiner le malade d'une façon suivie, on assiste à la disparition progressive et absolue de la respiration. On constate alors un silence respiratoire complet dans la forme massive siégeant au sommet ou à la base, s'il n'y a qu'un lobe qui soit intéressé ; d'autres fois, on peut entendre un souffle amphorique, s'il y a rétrécissement d'une

bronche, ou caverneux, si des anfractuosités se sont formés par suite du ramollissement de la tumeur.

L'extension du sarcome, par les voies lymphatiques entraîne généralement à une période avancée, mais parfois d'une manière relativement précoce, l'apparition de tumeurs dans les régions ganglionnaires externes. C'est là un signe de grande valeur, sur lequel Béhier a particulièrement insisté ; il est surtout caractéristique quand l'adénopathie siège dans la région inféro-interne du creux sus-claviculaire ; il y a tantôt usure, tantôt plusieurs ganglions intéressés. Ceux-ci sont volumineux, résistants, élastiques, indolents. L'absence de douleur et leur volume les différentient de l'engorgement inflammatoire. Les adénopathies sus-claviculaires du sarcome, correspondent généralement au côté du thorax où siège la tumeur ; tantôt à gauche, tantôt à droite : elles n'ont pas cette prédilection marquée pour le côté gauche que Troisier a décrit comme signe de grande valeur dans les adénopathies à distance des néoplasmes de l'abdomen. Quant aux adénopathies abdominales, si elles se rencontrent assez souvent aux autopsies, elles ne se traduisent pas par des signes cliniques particuliers.

D : Symptômes généraux

Ils sont rarement ceux de la cachexie cancéreuse (anorexie, amaigrissement extrême, teint jaune paille, œdèmes fugaces de la périphérie, phlægmata alba dolens) particulièrement dans les formes rapides où

l'évolution se trouve abrégée. Plus souvent ils sont ceux d'une affection chronique des voies respiratoires, ceux d'un tuberculeux, ceux d'un malade en asystolie.

La fièvre, quoique assez rare, a été notée dans les observations (Obs : v, xvi, xviii) elle est due à des poussées congestives et tient le plus souvent à des infections secondaires bronchiques ou broncho-pneumoniques. D'autres fois elle revêt le type de la fièvre hectique, avec grandes exacerbations vespérales, relevant d'une résorption des produits de suppuration des foyers néoplasiques ramollis. Chez un malade de Walch, il existait un foyer de suppuration pleurale à pneumocoques.

E : Marche, durée, terminaison

La marche du sarcome primitif du poumon est chronique, constamment progressive, sans rémissions. Sa durée moyenne est de quelques mois à une ou deux années.

La terminaison constante est la mort, elle survient le plus souvent par suite de l'épuisement et de l'asphyxie progressive ; celle-ci reconnaît pour causes : la diminution notable de l'hématose, l'obstacle à l'arrivée de l'air par le rétrécissement de la trachée-artère, et quelquefois aussi la compression déterminée par un épanchement pleural abondant. Des lésions surajoutées, broncho-pneumonie, erysipèle, thromboses veineuses ou artérielles, peuvent faire apparaître rapidement la mort. Demange a vu une mort subite

causée par une thrombose de l'artère pulmonaire (Obs : xxv). La terminaison fatale, peut enfin être due à l'envahissement par les ganglions dégénérés du pneumogastrique provoquant une syncope cardiaque.

Nous avons terminé l'examen des symptômes habituels que l'on peut rencontrer en présence d'un sarcome primitif du poumon. Nous nous trouvons à la fin de ce chapitre obligés de conclure, que pas un d'entre eux, le rejet de particules cancéreuses excepté, n'est pathognomonique. Par contre, l'association de ces phénomènes, pourra nous permettre dans bien des cas, de songer à l'affection dont ils sont la manifestation.

CHAPITRE IV

FORMES CLINIQUES

Le tableau que nous venons de retracer est loin de comprendre tous les aspects cliniques de la maladie. La rapidité ou la lenteur de l'évolution, la multiplicité et la contingence des symptômes, l'existence d'un épanchement modifient quelquefois profondément la forme de la maladie.

Frappés de ce fait, nous avons recherché dans les auteurs classiques, dans les comptes rendus des sociétés, dans les thèses, quelques allusions à ce sujet. Dans son article sur le cancer du poumon, M. Ménétrier dit que « Cliniquement, il est encore impossible de trouver dans ces observations de sarcome du poumon une physionomie propre à leur allure. » M. Marfan se contente dans le traité de médecine de Charcot et Bouchard de donner quelques indications sur les aspects cliniques habituels du carcinome, sans parler de ceux du sarcome. Enfin Peter, Vulpian, Barrié, Gueneau de Mussy, Germain Sée, Bernheim, Andral sont muets sur ce point.

Il nous a cependant semblé en parcourant les obser-

vations que nous avons recueillies qu'il était possible de ranger les tumeurs conjonctives du poumon, tout comme les tumeurs épithéliales, sous un certain nombre de types suivant l'allure de l'affection, suivant les différences considérables d'apparitions, de siège, d'évolution des symptômes observés.

Assurément, l'appréciation de ces différences est parfois difficile, on pourra, en présence d'un cas donné hésiter à le rattacher à une forme déterminée, mais nous ne prétendons pas établir de divisions parfaitement tranchées ; nous nous attendons même à rencontrer des formes de passage, des types intermédiaires qui, s'ils ne sont pas sans intérêt, seront difficiles à ranger sous telle ou telle rubrique. L'évolution de la maladie permet de décrire un cancer à marche aiguë et un cancer à marche chronique. De la première nous dirons peu de choses en raison de sa rareté, par contre, nous diviserons la seconde en quatre variétés cliniques.

A : Forme latente.

B : Forme broncho-pulmonaire.

C : Forme compressive.

D : Forme pleurétique avec épanchement.
sans épanchement.

I : SARCOME A MARCHÉ AIGUE

Cette forme rapide, galopante du sarcome est la plus rare. Elle a parfois une évolution foudroyante. Au milieu d'une parfaite santé, le malade se met à

tousser ; il éprouve une dyspnée excessive ; on trouve tantôt des râles aux bases des poumons, et on est amené à diagnostiquer une congestion pulmonaire, tantôt ce sont des signes de tuberculose qui dominent, on songe à une granulie (Observation 1), à une pleurésie interlobaire (Observation 11). Puis la dyspnée augmente de plus en plus, et le malade meurt rapidement en proie à une asphyxie progressive.

La marche de la maladie est généralement rapide : 5 mois chez la malade de Milian et Bernard ; 5 mois également chez le malade de Raymond ; 2 mois et demi même chez le malade de Pitot (Observation XVIII). Sans vouloir préjuger en quoi que ce soit de la précocité de cette forme aigüe, notons en passant que ces malades sont des jeunes gens : 23, 24 et 27 ans.

Doit-on rapporter aux lésions sarcomateuses seules, la rapidité de cette évolution symptomatique, ou doit-on dans ces cas faire la part d'accidents fébriles d'infection surajoutée, comme le pensent certains auteurs pour le carcinome ? C'est une question sur laquelle il nous est difficile de nous prononcer. Il nous semble cependant que dans les observations suivantes les résultats des autopsies ne font pas appel à d'autres facteurs, en plus de la diathèse cancéreuse, pour expliquer la rapidité de la terminaison fatale.

OBSERVATION I: MILIAN et BERNARD — 1898

Bulletins Société anatomique

(Résumée)

Sarcome aigu du poumon, généralisation

Malade de 27 ans, entrée le 6 Septembre 1897, à Tenon, prise il y a 4 mois de douleurs dans les membres inférieurs avec parésie. Vingt-neuf jours après (15 jours après le début de la parésie), crise pulmonaire aiguë avec dyspnée intense et expectoration sanglante) dénommée pneumonie par le médecin traitant. Un mois avant son entrée, la malade a eu une rétention complète d'urine durant trois semaines.

Arrivée dans le service, parésie des deux membres inférieurs.

Aux deux bases des poumons, congestion pulmonaire. Hémoptysie abondante survenant du 1^{er} au 5 octobre. On porta successivement le diagnostic d'endocardite infectieuse (à cause de la température et des symptômes cardiaques), puis enfin de granulie, après l'hémoptysie.

Mort le 12 octobre, 27 jours après son entrée avec phénomènes de dyspnée, de cyanose et d'hyperthermie.

Autopsie. — Poumon gauche, transformé en une vaste cavité contenant un liquide crèmeux, blanchâtre. Les parois de la cavité sont constituées par une enveloppe de tissu pulmonaire intact, doublée en dedans d'une couche de tissu blanchâtre et grisâtre lardacé.

En disséquant les muscles du plastron sterno-costal, on découvre au niveau de la partie moyenne des 5 et 6^e côtes, une tumeur blanchâtre, du volume du poing, de consistance ligneuse, qui englobe les 5 et 6^e côtes et les espaces intercostaux adjacents, faisant saillie sous le sein et aussi dans la cavité pleurale.

Les ganglions médiastinaux sont transformés en tissu blanchâtre, ligneux, semblable à la coque pulmonaire décrite et à la tumeur costale.

Au niveau du hile du poumon, un bloc de ganglions ainsi transformés, semble établir la contiguité entre la tumeur pulmonaire et les 2^e et 3^e vertèbres dorsales dont les corps sont envahis par le néoplasme.

Moëlle comprimée et envahie.

Examen microscopique. — Tumeur apparaît constituée par une agglomération considérable de petites cellules rondes de la dimension d'un globule sanguin ou plus grandes ; protoplasma peu abondant, noyau constituant la majeure partie de la cellule — Un grand nombre d'entre elles présentent des figures de karyokynèse — Des travées conjonctives assez lâches parcourent la masse, mais il est impossible de distinguer un réticulum bien net.

Tumeur séparée du parenchyme pulmonaire par une coque fibreuse assez épaisse, très pauvre en éléments cellulaires. Pneumonie catarrhale ; autour de la tumeur, l'hymphangite sarcomateuse.

OBSERVATION II : REYMOND — 1893

Bulletins Société anatomique

(Résumée)

Sarcome primitif du poumon gauche

Maxime F..., cocher, 23 ans, entré le 24 janvier, à Beaujon.

Il y a cinq mois, à la suite d'un refroidissement, crise de dyspnée en même temps qu'une vive douleur dans l'épaule gauche, douleur s'irradiant dans le bras et jusque dans les doigts.

Fin de décembre, nouveau refroidissement, mêmes symptômes que précédemment, persistant pendant le commencement de janvier; hémoptysies, amaigrissement.

4 Mars — Malade pâle, mais non cyanosé — Les douleurs dont il se plaint siègent du côté de la poitrine — La douleur oblige le malade à rester couché sur le côté droit — Appétit

conservé, mais le malade éprouve une certaine difficulté à avaler les aliments solides — Pouls très rapide, la température oscille autour de 38 seulement.

Examen ; Amplitude du côté gauche du thorax, les pulsations cardiaques soulèvent le 6^e espace intercostal sous le mamelon droit — Pas de ganglions axillaires et autres.

Examen du pœumon — Matité absolue sous la clavicule gauche — Submatité en avant et en bas, submatité en arrière sur toute la hauteur — Murmure respiratoire complètement aboli à gauche et en avant depuis la clavicule jusqu'au 6^e espace intercostal — on l'entend en arrière, mais extrêmement affaibli et s'éteignant progressivement les jours suivants. Ægophonie légère en arrière et à gauche.

Examen du cœur : pointe battant au-dessous du sein droit. 9 mars : on est frappé de ce que les bruits cardiaques s'entendent de tous les points du thorax : non seulement en arrière et à droite — mais encore en arrière et à gauche malgré le grand éloignement du cœur. Ponction dans le 3^e espace intercostal en avant — on ramène une demi seringue de liquide limpide — Le même jour, au même point, ponction avec un trocart enfoncé assez profondément jusqu'à ce que l'on sente la pointe libre dans une vaste cavité, il sort du sang : 50 grammes. Jamais les crachats n'ont eu l'aspect de gelée de groseille. — Mort par asystolie le 23 Mars.

Autopsie. — Poumon gauche transformé en une énorme masse remplissant la plus grande partie du thorax. — Plèvre gauche contenant peu de liquide, légèrement teinté en rose. Très peu de généralisation ganglionnaire, les plus gros ganglions sont ceux voisins du hile atteignant à peine la grosseur d'une dragée. — Poumon pesant 2 k. 200. — Au centre du lobe supérieur existe une poche remplie de près d'un litre de sang. Parois de la poche anfratueuse, molles et rouges.

Examen histologique : Coupe dans la partie centrale de la tumeur. — Cellules embryonnaires légèrement allongées n'étant

séparées par rien les unes des autres ; par places les groupes de cellules sont séparées par des faisceaux de tissu conjonctif.

Les anomalies de symptômes devaient contribuer à faire hésiter le diagnostic : l'aspect du malade, la forme de la matité, devaient faire penser à un épanchement du péricarde ; seuls les battements du cœur, bien perceptibles et superficiels, permettaient d'éloigner cette hypothèse ; les signes pulmonaires rendaient vraisemblable la présence d'une pleurésie hémorragique interlobaire, déterminée par la tuberculose pulmonaire. Signalons également la répercussion des bruits du cœur en arrière et à gauche, quand le muscle cardiaque est dévié en avant et à droite ; c'est un signe que nous retrouverons dans d'autres observations.

II : SARCOME PULMONAIRE CHRONIQUE

Rappelons les quatre aspects différents, sous lesquels peut se manifester le sarcome primitif du poumon à marche chronique : la forme latente broncho-pulmonaire, la forme compressive, et enfin la forme pleurétique avec ou sans épanchement.

A : **FORME LATENTE.** — Sous cette dénomination, nous rassemblerons les différentes observations de tumeurs qui ne se sont pas manifestées cliniquement pendant la vie, et ceci de deux façons : soit, qu'en raison de leur petit volume elles n'aient donné lieu à aucun trouble fonctionnel et que leur découverte soit une

trouvaille d'autopsie, soit que l'attention du médecin ne soit pas attirée sur les voies respiratoires mais sur une autre affection viscérale dont la symptomatologie a dominé toute la scène. C'est le cas du premier malade de Füchs, vieillard de 73 ans qui présenta seulement des symptômes d'encéphalite et a l'autopsie duquel on trouva un énorme sarcome du lobe inférieur droit ; c'est également le cas de son second malade, vieillard de 74 ans, à la mort duquel on trouva une petite tumeur du lobe inférieur gauche qui, par sa petite taille n'avait donné lieu à aucune manifestation. Chez le malade dont Milian et Mauté ont publié l'observation, les phénomènes de la localisation cérébrale ont été tellement dominants que le diagnostic d'hémiplégie fut posé, quand il s'agissait d'une métastase d'un sarcome du poumon droit.

OBSERVATION III : FUCHS (IN THÈSE MUNCHEN) (1886)

**Diagnostic anatomique : sarcome fuse-cellulaire
du lobe inférieur droit**

Colporteur de 73 ans, entrant le 6 décembre 1879 à l'hôpital pour épuisement général, et en particulier pour vomissements survenant tout de suite après ou pendant la déglutition — Le 15 décembre, les vomissements deviennent plus rares — Pas d'expectoration — Malade sort le 10 février — on avait porté le diagnostic de cachexie sénile, catarrhe aigu, artério-sclérose. Rentré le 2 décembre — Mort le 18 décembre, ayant présenté des symptômes qui avaient fait porter le diagnostic de tumeur cérébrale.

Autopsie. — Épaississement de la voûte crânienne aux dépens du diploé — Cavity pleurale droite renfermant 0.400 de liquide — Poumon droit uni à la paroi costale par de larges adhérences, idem pour le poumon gauche. Le lobe inférieur droit est presque complètement disparu aux dépens d'une néoformation de la grosseur d'une tête d'enfant — Celle-ci dans ses deux tiers inférieurs est ferme et épaisse, avec beaucoup d'îlots de couleur jaune et rougeâtre disséminés dans la substance fondamentale, plus molle dans son tiers supérieur. Lobes moyen et supérieur droits sains. Dans le lobe inférieur gauche un foyer métastatique de la grosseur d'une noix.

La tumeur est entourée d'une capsule épaisse, fibreuse.

A sa superficie, par endroits, couche mince de parenchyme pulmonaire comprimé, avec plusieurs vaisseaux dilatés et thrombosés — Au microscope, on trouve des endroits formés uniquement par du tissu conjonctif, d'autres renferment des éléments cellulaires — Ce sont des cellules fusiformes avec noyaux minces.

Tumeur riche en vaisseaux dont beaucoup manquent de paroi propre — Sur des séries de coupe, on voit les parties fibreuses traversées par des canaux, dont la paroi possède des cellules presque cubiques.

Le tissu pulmonaire était partout séparé de la tumeur par une couche de tissu conjonctif fibreux.

C'est donc un sarcome fuso-cellulaire et même un fibre sarcome, présentant une grande analogie avec les fibromes de l'utérus.

OBSERVATION IV : FUCHS idem

Diagnostic anatomique. Lepto-méningite chronique. Sarcome sous-pleural de la grosseur d'une figue du lobe supérieur gauche. Artério-sclérose et thrombose de l'aorte ascendante.

Homme de 74 ans, souffrant depuis longtemps de vertiges. Il y a 3 semaines abcès du cou. Présente à son entrée des symptômes de troubles psychiques avec aphasie. Signes d'emphysème, nulle part on ne trouve de matité.

Mort par collapsus subit.

Autopsie. — Poumon gauche libre, cavités pleurales vides, poumon gauche volumineux : 2.240 grammes. Emphysème considérable. Le lobe supérieur crépite à la section. On trouve près du bord inférieur du lobe gauche un épaississement sous forme de nodule de la grosseur d'une noix, assez ferme, blanchâtre présentant par place des parties caséeuses.

Examen microscopique du suc retiré de la tumeur : grosses cellules rondes, en dégénérescence graisseuse, les cellules ont un noyau, quelques-unes seulement deux. Sur les coupes, tumeur sarcomateuse dont le stroma par places est développé en travées conjonctives, dont partent de plus fins filaments formant un mince réseau. Dans les mailles, grosses cellules rondes. Vaisseaux peu nombreux, la tumeur ressemble donc à un fibrosarcome et même un lympho-sarcome.

OBSERVATION V : MILIAN & MAUTÉ 1901

Bulletins Société anatomique

Sarcome primitif du poumon droit

P..., coiffeur, âgé de 31 ans, entre dans le service de M. Landrieux, le 29 novembre 1900. De taille moyenne, de corpulence ordinaire, le facies un peu bouffi, il entre pour une hémiparésie

droite légère, accompagnée de céphalée diffuse et de torpeur intellectuelle. Celle-ci est assez marquée pour gêner l'interrogatoire. Il finit cependant par expliquer qu'il fréquente depuis quinze jours le service d'électrothérapie de l'hôpital, à cause de ces mêmes symptômes, et il nous a été possible de nous procurer la fiche qu'on lui a faite dans ce service et que nous reproduisons intégralement. « Le malade se plaint d'un affaiblissement très marqué de la main droite. Cet affaiblissement musculaire a commencé il y a une quinzaine de jours, et est survenu graduellement. Le bras du même côté n'est pas atteint, ni le membre du côté opposé. Les jambes sont intactes au point de vue musculaire. La sensibilité est bien conservée. Le malade a toujours toussé un peu et, il y a un an, il a eu une bronchite très forte, qui l'a retenu au lit pendant deux mois.

Il a eu la syphilis, il y six ans (chancre). Etat : La force musculaire de la main droite est très diminuée. Il n'existe pas d'atrophie musculaire. La sensibilité est intacte. Rien de particulier, réactions électriques normales.

Le 30 novembre, il y a un peu d'embarras de la parole, mais pas d'aphasie, rien au cœur. Râles fins aux deux bases. Un peu de dyspnée. Pas d'albumine. T : 37°.

Le diagnostic d'hémiplégie spécifique est porté.

On lui fait une injection de calomel à 0,05 cg. le 1^{er} décembre et on lui donne 4 gr. d'iodure de potassium par jour.

Le 1^{er} décembre, le malade est plus abattu, subcomateux. La paralysie est plus marquée. La température est à 39°. Légères épistaxis dans la journée. Le soir, attaque apoplectique au cours de laquelle il tombe de son lit, entre dans le coma et meurt le 5 décembre, avec une température progressivement croissante et qui atteint 41° et avec une escharre sacrée.

Autopsie. — Poumon gauche, congestion vive dans toute la hauteur. Sur le bord postérieur, au voisinage du hile, la plèvre est soulevée par une tumeur irrégulière, fluctuante qui, à l'incision, apparaît constituée par plusieurs cavités à parois lisses,

distendues par un liquide purulent, épais, crémeux, verdâtre. Au pourtour, quelques bronchioles ou du pus à la section de leur lumière.

Poumon droit. Lobe supérieur : congestion et œdème. Lobe moyen : aplati par ses voisins. Lobe inférieur : adhérences fibreuses peu abondantes, sans liquide pleural. Le parenchyme pulmonaire est volumineux, tendu, comme un bloc hépatisé, mais il est de consistance ferme. Il apparaît rouge foncé, avec de maigres dépôts fibrineux et des réseaux de lymphangite superficielle.

A la coupe, on trouve une grosse masse blanc grisâtre, plus grosse que le poing, à contours irréguliers, du volume d'une très grosse orange qui donne du suc cancéreux au raclage. Au pourtour de la tumeur, existe une série de cavités absolument arrondies, comme taillées à l'emporte-pièce, où l'on pourrait entrer le petit doigt, et d'où s'échappe un liquide purulent, extrêmement visqueux, verdâtre, ou couleur chocolat.

Autour de la tumeur, parenchyme pulmonaire parcouru par une série de bandes blanchâtres qui le lardent comme un jambon. Ganglions bronchiques pas hypertrophiés. Dans la région supérieure du médiastin antérieur, deux ou trois masses arrondies, blanches à la coupe et donnant du suc laiteux à la pression. Cerveau et cervelet criblés d'une multitude de cavités renfermant un pus visqueux, identique à celui du poumon. L'examen microscopique direct du contenu de ces cavités montre une foule de leucocytes granuleux, mais pas de microbes.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sarcome.

OBSERVATION VI: AUZEIGER DER GESELLSCHAFT DER AERZTE IN WIEN 1878

Diagnostic anatémique : Sarcome primitif à cellules fusiformes à centre calcifié du lobe supérieur droit; foyer pneumonique du lobe inférieur.

Jeune fille de 14 ans, morte d'érysipèle de la face, et d'anasarque.

Autopsie : Poumon gauche augmenté de volume, parenchyme œdémateux. Poumon droit adhérent dans toute son étendue surtout au niveau du lobe supérieur. La coupe du lobe supérieur qui nécessita par place l'emploi de la scie, montra à son intérieur une tumeur arrondie de 10 centimètres de diamètre qui, à l'œil nu, par sa disposition fasciculée, faisait penser à un sarcome à cellules fusiformes. Tumeur calcifiée à son centre. Microscopiquement, tumeur à cellules fusiformes, à contours mal délimités. A son intérieur, on trouvait en dehors du pigment pulmonaire, des canaux nombreux recouverts d'un épithélium à cils vibratils, qui étaient évidemment des bronchioles. Nulle part (les os furent examinés) ; on ne trouva de tumeur.

OBSERVATION VII : VIRCHOW. ARCHIV, BD. 85 PAGE 569

(Résumée)

**Adéno-sarcome sous pleural du lobe inférieur gauche,
près du hile du poumon**

Femme de 67 ans, morte de dilatation des bronches et de pleurésie droite. On trouve près du hile du poumon sous la plèvre, une tumeur grosse comme un noyau de cerise qui, à sa superficie était tout à fait lisse. Elle paraissait molle, gris-rougeâtre. La tumeur était formée par un enchevêtrement de formations villeuses qui laissaient entre elles des espaces étroits.

Les franges avaient sur leur superficie de nombreuses franges secondaires. Les petites villosités étaient formées de cellules rondes, serrées les unes contre les autres (il y avait entre les cellules, une substance fondamentale finement fibrillaire). Par places, on trouvait des cellules grasses. A la surface des villosités : épithélium cylindrique à une seule

couche. Villosités riches en vaisseaux ; à leur intérieur, on trouve des espaces semblables à des glandes acineuses ou tubulées avec épithélium cylindrique, portant par place des cils vibratils. La tumeur n'est pas nettement séparée du reste de la substance pulmonaire. Il est probable qu'elle s'est développée dans le tissu interstitiel, entre les bronchioles ou les canaux alvéolaires d'un lobule pulmonaire qui, en raison du développement inégal de la tumeur, étaient en partie dilatés, en partie comprimés et avaient ainsi formé la tumeur décrite plus haut. Weichselbaum décrit même cette tumeur comme étant un adéno sarcome papillaire.

B : FORME BRONCHO-PULMONAIRE. — Le sarcome affecte ici les allures du tableau classique que nous avons retracé plus haut ; il s'individualise cependant par ce fait, que dès les premières phases de la maladie, il y a des bronchites répétées qui font penser à la tuberculose ou à un catarrhe bronchique avec sclérose pulmonaire. La toux émétisante, le point de côté, la dyspnée, l'expectoration verdâtre, presque nummulaire, les adénopathies rétromaxillaires et sus-claviculaires qui ne sont pas rares dans la bacillose, l'amaigrissement, l'association des deux affections révélée par la présence des bacilles de Koch dans les crachats ; tout concourt à induire le clinicien en erreur et le porte à voir une manifestation tuberculeuse là, où il y a une maladie d'un tout autre genre. Comme un bacillaire, tel cancéreux aura une toux quinteuse, fatigante, des hémoptysies répétées, parfois même une complication pleurétique : le tout sur un fond de dépérissement marqué, de débilitation générale avec des signes sthétoscopiques presque identiques. Tel

autre rappellera une affection chronique des bronches : assis sur son lit, en proie à des crises d'étouffement, provoquées par une toux incessante, le visage et le cou cyanosés, on ne saurait mieux le comparer qu'à ces malades atteints de bronchite chronique avec dilatation consécutive du cœur droit.

Disons cependant que la forme broncho-pulmonaire est une forme du début de la maladie. Tôt ou tard, l'on constate des œdèmes des membres, de la circulation collatérale du thorax, des adénopathies sus-claviculaires ou axillaires, une expectoration gelée de groseille, qui aideront à établir le diagnostic d'une manière plus précise.

OBSERVATION VIII. — BROU 1905

Bulletins Société anatomique

Sarcome primitif du poulmon à petites cellules rondes

Marguerite M., 67 ans, entre le 8 juin, salle Sainte-Monique, se plaignant d'un point de côté à gauche et d'une gêne respiratoire considérable.

La dyspnée paraît être survenue progressivement, la malade ne pouvant en préciser la date d'apparition. Elle s'est considérablement accrue depuis trois mois environ, en même temps qu'apparaissait une toux sèche et quinteuse.

A l'examen de la poitrine, on trouve à gauche une matité absolue dans toute la hauteur du poulmon. Cette matité accompagnée de la sensation de perte d'élasticité de la paroi, se retrouve en arrière, un peu moins forte toutefois dans les régions supérieures qu'à la base. Le murmure respiratoire est aboli dans tout le poulmon gauche, sauf au niveau des fosses sus et sous-épineuses, où il persiste, très affaibli. Le cœur ne paraît pas dévié.

On trouve du côté droit du thorax, des signes d'induration et de ramollissement disséminés qui font porter le diagnostic de tuberculose avec pleurésie gauche probable, quoique la matité totale du côté gauche s'expliquât mal par un épanchement.

En présence de l'état dyspnéique de la malade et des troubles cardiaques concomitants, pouls faible, filiforme, irrégulier, deux ponctions exploratrices furent faites le lendemain au niveau des septième et neuvième espaces intercostaux dans la région dorsale ; l'aiguille pénètre difficilement, on ramène une ou deux gouttelettes de sang mélangées à quelques bulles d'air. La malade succombe le soir même.

Autopsie. — La décortication du poumon se fait difficilement par suite de symphyse pleurale bilatérale.

Le poumon gauche sectionné, on s'aperçoit que dans le lobe inférieur, le parenchyme pulmonaire est remplacé par un tissu blanc rosé.

Dans le lobe supérieur, on note une infiltration assez discrète, sous forme de taches blanchâtres, arrondies, tranchant sur la coloration grise du reste du poumon.

Au centre des taches néoplasiques, on aperçoit parfois la coupe d'un vaisseau qui reste béant.

Le poumon droit, très scléreux, présente au sommet des cavernes du volume d'un œuf de pigeon ; d'une noisette, dans le reste du parenchyme ; à parois lisses et brillantes, et qui semblent être en communication avec les ramifications bronchiques.

Aucune trace de tubercules.

Le lobe gauche et le cœur étaient unis par des adhérences intimes, le péricarde envahi par le processus néoplasique ainsi que l'oreillette gauche.

Ganglions du médiastin envahis par le tissu néoplasique, comprimant la bronche gauche. Œsophage comprimé par les ganglions, mais sain. Petit noyau secondaire dans chaque rein, de la grosseur d'un noix ou d'une noisette.

Examen microscopique. — Sarcome à petites cellules rondes formées par un gros noyau prenant fortement les matières colorantes et une mince bande de protoplasma. Au niveau de la tumeur, ces cellules remplissaient les alvéoles dont les parois devenaient visibles par le pinceautage. Dans le lobe supérieur, les cellules néoplasiques étaient contenues dans de vastes cavités qui étaient sans doute des lymphatiques dilatés, le reste du parenchyme présentant des lésions banales de broncho-pneumonie.

Au niveau du rein, la propagation néoplasique s'était faite dans le tissu conjonctif entourant les tubes contournés et les glomérules, dont les vaisseaux étaient simplement congestionnés.

Sur les coupes traitées par le pinceautage, on ne trouve pas de réticulum.

OBSERVATION IX : POISSON & CH. ROBIN 1856

Gazette médicale de Paris

Tumeur fibre-plastique du pouden

Le nommé Tartorn, F., âgé de 30 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 2 Novembre 1855.

Il y a six mois hémoptysie légère (un demi-verre de sang) Depuis, continuait son travail mais maigrissait sans ressentir ni sueurs nocturnes, ni léger accès de fièvre le soir. A son entrée à l'hôpital, nouvelle hémoptysie. Face légèrement cyanosée, pouls petit fréquent. Douleur assez vive dans le côté gauche à la base de la poitrine. Des deux côtés du thorax la percussion donne une submatité assez prononcée, tant sous les clavicules qu'en arrière, mais surtout à gauche et en bas. Des râles sous crépitants fins sont disséminés dans les deux poudons à toutes les hauteurs ; pas de souffle nulle part, respiration faible en général, rude et légère, soufflée en avant, à droite.

Diagnostic : Phtisie aiguë.

Au bout de quelques jours, asphyxie et amaigrissement augmentent. La matité devient presque absolue partout : c'est à peine si un jour ou l'autre on saisit dans quelques points limités quelques bouffées de râles crépitants qu'on ne trouve plus le lendemain ou le surlendemain à la même place. Les crachats restent blancs, peu aérés et fort peu abondants, l'asphyxie se complète le 30 Novembre au matin.

Autopsie. — Le sternum enlevé, on aperçoit un amas considérable de petites tumeurs d'un blanc rosé donnant au poumon un aspect pommelé.

Toute l'épaisseur du poumon gauche était envahie par ces dépôts blanchâtres, facilement friables, mous, gélatineux, ressemblant complètement à la coupe à la matière cérébrale d'un enfant à terme.

Les ganglions bronchiques sont aussi le siège du dépôt de cette substance étrangère.

Examen microscopique par Ch. Robin. Le tissu des tumeurs est formé par :

1° Des noyaux fibroplastiques ;

2° Outre ces noyaux, on trouve parmi eux des corps fusiformes fibroplastiques ayant pour centre un noyau pareil au précédent. Tous ces corps sont remarquables par leur extrême pâleur. Ces corps fusiformes sont d'ailleurs très courts ; ici l'élément cellulaire manque complètement. Rien de particulier dans la structure des vaisseaux capillaires. Dans quelques-unes des masses, petits épanchements sanguins.

Sur les limites des tissus pulmonaires et morbides, on pouvait constater l'extension et la propagation des noyaux le long des faisceaux des fibres pulmonaires, dans l'épaisseur du tissu sain jusqu'à plus d'un millimètre au-delà du tissu morbide.

OBSERVATION X : POLLAK (in thèse Wurzburg) 1897

Sarcome à cellules rondes du poudon droit

Homme de 91 ans. Il s'est trouvé un jour fatigué, affaibli en même temps que se développait un ictère léger des téguments. Le malade est en proie au délire quand il entre à l'hôpital.

C'est un alcoolique, atteint de fièvres palustres et qui, depuis un certain temps se plaint de troubles digestifs et respiratoires. Au premier examen, on est en présence d'un malade atteint d'ictère grave avec hémorragies fréquentes. Le foie est diminué de volume, cirrhotique. Aux poudons, on trouve des signes de bronchite chronique avec expectoration abondante. Le système artériel est athéromateux, il y a des signes de néphrite chronique. Pas de température. Pouls à 80. Dyspnée : 30 respirations à la minute. Le 20 : Râles d'œdème pulmonaire aux deux bases, cholémie grave. Mort le 29.

Autopsie. — Adhérences pleurales bilatérales ; congestion des bases. Au côté du hile, en plein parenchyme, s'est développée du côté droit une tumeur blanche à suc laiteux, grosse comme une noix. Irradiation vers la périphérie sous forme de traînées blanches. A travers la tumeur elle-même, cheminent plusieurs vaisseaux. Métastases ganglionnaires dans le médiastin.

Histologiquement, la tumeur s'est développée dans le tissu conjonctif péri-alvéolaire. Amas de cellules à noyaux ronds, d'autres fusiformes. Les cellules rondes sont en plus grand nombre.

OBSERVATION XI : MULLER (in thèse Munchen) 1898

Sarcome primitif du poudon droit à petites cellules rondes

Postillon de 30 ans, entre à l'hôpital le 14 décembre 1897. Père mort de variole, mère morte tuberculeuse, collatéraux bien portants. Pas de maladies antérieures. Maladie a débuté

en été 1896 par un point de côté à droite. Il n'a pas interrompu son travail, mais depuis six semaines, il est oppressé, et éprouve une sensation de plénitude, de lourdeur dans le ventre. Il est amaigri, et c'est un alcoolique. Pas de température. En avant, sonorité du côté gauche, son tympanique du côté droit. Murmure vésiculaire normal à gauche, rude avec expiration prolongée à droite. En arrière, submatité à droite, dans les fosses sus et sous-épineuses, matité à la base avec quelques râles, à gauche submatité. Abolition des vibrations vocales à droite. L'expectoration est abondante et contient des bacilles de Koch ; les crachats sont purulents. Une ponction à la base droite donne issue à une petite quantité de liquide hémorragique. T. 38°.

Diagnostic clinique : Bacillose en évolution avec peut-être épanchement pleural du côté droit.

Mort le 19 Janvier 1898.

Autopsie : Le poumon gauche est augmenté de volume avec plèvre épaissie.

Le poumon droit adhère au diaphragme par plusieurs tumeurs dont l'une est plus grosse que deux poings réunis ; le diaphragme adhère au foie. Taches jaunâtres sur la plèvre, cireuses, dues à des métastases.

Le foie est gros, renfermant plusieurs noyaux sarcomateux à sa surface. Histologiquement : sarcome à petites cellules rondes.

OBSERVATION XII : HILDEBRAND (in Thèse Berlin) 1887

Sarcome primitif du poumon gauche développé sur une infiltration tuberculeuse

Une femme de 46 ans tombe malade le 25 novembre 1886, d'une pneumonie qui ne guérit pas. Elle maigrit, tousse, perd ses forces en même temps qu'elle a des hémoptysies. L'expectoration est muco-purulente, contenant des bacilles de Koch.

La dyspnée augmente de jour en jour, en même temps que l'état général devient mauvais. La cachexie se produit, et elle meurt dans le marasme le 12 Juin 1887.

Autopsie. — Tuberculose du poumon gauche. Compression sarcomateuse de la grosse bronche gauche. La base du poumon gauche est occupée par une tumeur gauche dure, lobulée, grosse comme un poing, adhérent en avant avec le péricarde. Histologiquement, c'est un sarcome à petites cellules rondes, développé sur une infiltration tuberculeuse.

Ces deux observations trop succinctes, sont particulièrement intéressantes à deux points de vue : ce sont d'abord des exemples typiques de forme broncho-pulmonaire, ensuite ce sont des arguments en faveur de l'hypothèse que la tuberculose paraît être souvent l'inflammation chronique, modificatrice, préparatoire au développement du sarcome.

Les rapports de ces deux affections sont souvent constants contrairement à l'opinion de Rokitansky qui croyait à leur antagonisme.

C: FORME MÉDIASTINE OU COMPRESSIVE. — Cette forme se définit d'elle-même, sa physionomie est à quelques caractères près, celle de toutes les tumeurs du médiastin.

Cependant la prédominance de tels ou tels symptômes peut permettre en outre de distinguer quelques autres formes, notamment les formes hémoptoïques ganglionnaires (Observation XVI), suffocante (Observation XIV).

Par suite de compressions nerveuses par les masses ganglionnaires, le malade pourra se plaindre de névral-

gies tenaces et rebelles du plexus brachial, de sciatique, de douleurs en ceinture, en vrille, en broche, s'il y a atteinte du canal médullaire. Le malade de Scheech (Observation XXIX) se plaignait d'une douleur atroce dans la colonne lombaire, avec sensations de fourmillements dans le pied droit, d'érections. Peu à peu, la paralysie des extrémités inférieures s'établit, puis ce sont la cystite, l'escharre sacrée. manifestations expliquées par la destruction de la 2^e et 3^e vertèbres lombaires que comprimait la tumeur sarcomateuse.

C'est aux lésions de la plèvre, des ganglions et des nerfs bronchiques que sont dues ces sensations douloureuses dont se plaignent les malades. Les nerfs sont non seulement refoulés mais atteints dans leur constitution anatomique même, de lésions de névrite consécutive à leur compression.

La dyspnée, ce symptôme commun à toutes les formes, prend ici une intensité toute particulière. Après une crise de toux, le malade se trouve souvent dans un état d'angoisse fort pénible, rappelant la crise d'étouffement des asystoliques ; il est sur son séant, le corps ployé en avant, se cramponnant au lit, les yeux dilatés et injectés, la face turgescente, le besoin d'air est insatiable, l'asphyxie semble parfois imminente. Quand cette dyspnée est ainsi très marquée, on est frappé du désaccord qui règne entre l'intensité des troubles fonctionnels et les signes physiques souvent limités. Son mécanisme relève d'une foule de causes :

a) Suppression partielle du champ respiratoire et de l'hématose ;

b) Obstacle à l'ampliation thoracique provenant de l'immobilisation du thorax par l'appréhension de la douleur ressentie et exagérée ;

c) Opposition à la pénétration de l'air consécutive à une sténose trachéo-bronchique par des paquets ganglionnaires ;

d) Signalons la faiblesse de la contraction cardiaque à une période un peu avancée de la maladie : le cœur est atteint de myocardite et n'a plus l'énergie de pousser une ondée suffisante pour remplir les capillaires.

Suivant la nature des phénomènes de compression médiastinaux, la toux prend dans cette forme des caractères spéciaux : coqueluchoïde, quinteuse, consistant en une suite d'expirations courtes, saccadées, suivies d'une inspiration, sifflante, sonore, avec congestion cyanotique de la face et du cou, si c'est le pneumogastrique qui est intéressé ; croupale, rauque, étouffée si ce sont le phrénique ou la trachée qui sont atteints. Les vaisseaux traduisent leur souffrance par de l'œdème de la face et du tronc, qui se couvrent d'un lacis veineux, d'où contraste étrange entre la pâleur de la moitié inférieure du corps et la bouffissure blafarde des parties supérieures. L'œdème peut d'ailleurs être plus limité, n'être qu'unilatéral, ne s'étendre que sur un bras, sur un côté de la face ; il résulte d'un obstacle circulatoire occasionné, soit par une propagation cancéreuse, soit par une thrombose. C'est le cas

de notre malade, où l'œdème n'envahissait que le bras gauche, par suite d'une trombose de la veine sous-clavière du même côté.

Les nerfs n'échappent pas eux non plus, à la compression par les masses sarcomateuses ou les chaînes ganglionnaires hypertrophiées. Celle du phrénique se manifestera par de la névralgie intercostale, du hoquet; celle du recurrent par de la dysphonie (Observation XIV) de l'aphonie; celle du pneumagastrique, par des accès de suffocation et par des phénomènes pupillaires, dans le cas d'une lésion du grand sympathique.

Au niveau du sternum et dans l'espace interscapulaire, on constate une matité considérable; l'auscultation laisse entendre un souffle tubaire ou caverneux.

Il est enfin un symptôme rentrant dans les signes spéciaux de cette forme compressive, et qui ne nous semble pas avoir été encore signalé, nous voulons parler de la compression du poumon sain par le poumon malade, se traduisant par l'impossibilité où se trouve le cancéreux de se coucher sur le côté opposé à sa lésion. C'est là un symptôme assez fréquent. Nous l'avons trouvé pour notre part dans plusieurs observations. Notre malade présentait ce signe d'une façon très nette.

L'évolution de cette forme est particulièrement rapide: la cachexie cancéreuse n'a pas le temps d'apparaître, devancée qu'elle est par les progrès de l'asphyxie qui emporte le malade.

OBSERVATION XIV : PERSONNELLE

Prise dans le service et due à l'obligeance de M. le Professeur SCHMITT

Sarcome primitif du poumon droit à petites cellules rondes

Il s'agit d'un malade L... âgé de 69 ans, qui est entré à la salle IX, le 25 janvier dernier. Il était, en dernier lieu, contrôleur à la Compagnie des Tramways.

L'historique de ses antécédents héréditaires n'indiquait aucune affection bien spéciale chez les membres de sa famille. Son père est mort d'accident, sa mère de suite de couches. De ses deux frères, l'un est mort d'une maladie de foie, l'autre est encore en bonne santé.

Lui-même n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 20 ans; à cette époque, il eut une congestion pulmonaire dont il s'est très bien guéri. Depuis ce temps, il a bien eu quelques rhumes, quelques angines pendant l'hiver, mais jamais d'affection venant. Il n'a cependant pas mal de temps qu'il tousse, mais il n'a jamais été de ce fait, obligé d'interrompre son travail.

Il y a trois semaines, le malade a commencé à s'apercevoir que ses forces déclinaient. En même temps, il eut des frissons, il ressentit des douleurs thoraciques, mal localisées, bien que très douloureuses, il eut des étouffements et, enfin, de la dyspnée qui l'obligea principalement la nuit, de rester de longues heures assis sur son lit. Il se plaint d'avoir depuis cette époque de fréquents accès de toux, accompagnés d'une expectoration abondante.

Il y a quelque temps, son état d'affaiblissement augmentant de jour en jour, il se décida à entrer à l'hôpital, où il est admis à la salle IX. A l'examen, qui est fait le jour même de son entrée, le malade est couché sur le côté droit et n'accuse aucun symptôme bien caractéristique d'une affection spéciale: « Il est sans force, et n'est entré, dit-il, que par crainte de voir augmenter les accès de toux qui le gênent ». Le faciès est légèrement

cyanosé, les téguments sont colorés, surtout au niveau du cou et de la partie supérieure du thorax. Le malade se plaint de violentes douleurs thoraciques localisées. La peau ne présente aucun trouble de calorification, ni de sensibilité. Il est en proie à une dyspnée assez forte qui s'accroît au moindre effort qu'il fait, et surtout quand il tente de se déplacer dans son lit. Il y a une légère aphonie, et les phrases qu'il énonce se terminent à voix basse. Le thorax est amaigri, avec fosses sus- et sous-caviculaires très marquées. Au niveau des 3^e, 4^e, 5^e et 6^e espaces, le plastron costal est soulevé, voussuré, en quelque sorte, recouvert d'un réseau veineux sous-cutané abondant.

La percussion du poumon gauche n'offre rien de particulier, sinon, qu'en avant, il y a de l'hypersonorité empêchant de découvrir la matité cardiaque, et qu'en arrière, il existe une sonorité tympanique dans toute la hauteur.

A droite, on trouve une zone de matité absolue s'étendant en avant depuis la fosse sous-claviculaire jusqu'au-dessous du mamelon et, en arrière, jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'épine de l'omoplate.

A l'auscultation, l'aspiration est forte, l'expiration peu perceptible, avec quelques ronchus et sibilances du côté gauche, tandis qu'à droite, règne un silence respiratoire presque complet correspondant à la zone mate. Le murmure vésiculaire est notablement affaibli dans l'ensemble du poumon. En faisant tousser le malade, et en lui ordonnant d'exécuter d'amples mouvements respiratoires, on perçoit un souffle interscapulaire plus perceptible du côté droit.

Notons, enfin, la présence de râles de congestion, à la base de ce poumon.

Les jugulaires du malade sont dilatées, de même que les veines superficielles du cou, sans poulx veineux vrai.

Le poulx est irrégulier, égal, mais tendu, peu dépressible, donnant 80 pulsations à la minute. On trouve difficilement la pointe du cœur, mais ses battements sont réguliers, sans bruits surajoutés. Les artères sont dures, sinueuses, en tuyau de pipe,

roulant sous le doigt qui les palpe. L'artère crurale, entr'autres, donne la sensation d'une corde tendue depuis l'arcade crurale jusqu'au tiers inférieur de la cuisse.

L'analyse des urines n'a rien décelé d'anormal, mais il y a de la pollakiurie nocturne et un peu de dysurie.

L'appétit est nul. La langue est chargée, sabburale et, par la pression bi-manuelle, on provoque facilement du clapotage stomacal, signe probable d'une légère dilatation gastrique. Le foie est petit, n'atteignant pas le rebord inférieur des fausses côtes, le lobe gauche est peu perceptible.

Enfin, la dyspnée continuelle dont souffre cet homme, l'empêche de prendre le moindre repos.

10 février : Le malade reste dans cet état pendant quelque temps, sans qu'il soit possible d'établir très exactement la nature du mal dont il est atteint. Cependant, en raison de la circulation collatérale droite du thorax que nous avons signalée, en raison de la voussure qui augmente chaque jour, il semble qu'il y ait beaucoup de probabilités pour que nous soyons en présence d'une tumeur, soit du médiastin, soit du poumon, avec retentissement sur ce dernier. L'hypothèse de pleurésie interlobaire, évoquée un instant, disparaît après avoir pratiqué une ponction négative.

15 février : Les accès de toux sont de plus en plus fréquents ; accès au cours desquels les yeux sont saillants, injectés, et les veines du cou turgescentes.

Le décubitus latéral droit seul est possible, le décubitus dorsal provoquant des crises asphyxiques. C'est une position que le malade n'a du reste pas quitté depuis son entrée au service. Une analyse du sang est faite quelques jours après par M. Hans, chef de clinique, qui donne les résultats suivants :

Globules rouges : 3.174.000

Globules blancs : 8.370

Formule leucocytaire	}	Polynucléaires neutrophiles.	71
		Mononucléaires gros et moy.	17
		Formes de transition.....	3
		Lymphocytes.....	9
		Eosinophiles.....	0

En somme, signes d'anémie modérée, pas de leucocytose, mais prédominance légère des polynucléaires sur les mononucléaires et absence complète d'éosinophiles.

Les hémotoblastes sont constatés, il n'y a ni myélocytes ni globules rouges nucléés.

10 mars : Le malade nous montre à la visite son bras gauche qui est enflé ; l'enflure est apparue depuis la veille et n'a pas diminuée sous l'influence du repos. Nous cherchons à établir les causes de cet œdème ; il y a eu évidemment compression des veines du membre supérieur, mais sous quelle influence se produit-elle ? On ne découvre à la palpation, ni dans la région sous-claviculaire, ni dans la région de l'aisselle, aucune trace de ganglion, aucune tumeur susceptible d'expliquer cet œdème.

L'auscultation du poumon n'apporte que peu de changement à ce qui avait été constaté au premier examen. Cependant le souffle interscapulaire est plus intense, il y a silence respiratoire absolu en avant et en arrière dans les parties correspondantes aux lobes supérieurs et moyens avec matité compacte. Quelques râles de congestion à la base droite et diminution du murmure vésiculaire à la base gauche, avec une légère submatité. L'expectoration abondante est composée de quelques crachats muco-purulents, d'autres sont légèrement brunâtres. Un examen microscopique des crachats ne montre aucun débris épithélial pouvant nous confirmer dans notre diagnostic de tumeur médiastino-pulmonaire.

Un examen radioscopique ne donne aucun résultat bien net ; tout au plus, le lobe moyen donne-t-il sur l'écran une impression plus sombre.

15 mars : Il n'y a toujours pas de fièvre, mais l'amaigrissement augmente, la peau est sèche, terreuse, l'appétit est nul. L'œdème du bras gauche augmente, la pression est douloureuse; cet œdème est blanc, lisse, résistant au doigt. La palpation fait percevoir un cordon dur, douloureux à la partie interne du bras.

20 mars : Il n'y a pas grande modification dans l'état de notre malade. L'auscultation varie peu; il y a un peu de matité à la base gauche, sans souffle, sans frottements avec abolition des vibrations vocales: vraisemblablement, il se collecte là un peu de liquide.

La matité signalée du côté droit persiste plus que jamais.

La voix devient sourde; par moment, le malade est complètement aphone; cependant, il n'y a pas d'inégalité pupillaire.

1^{er} avril : Le malade est de plus en plus dyspnéique, il est en proie à une véritable anhélation avec crises d'étouffement après les accès de toux. Le visage est cyanosé, blafard, les yeux sont injectés, les douleurs sont pongitives; lancinantes, paroxysmiques. La toux, l'extension inspiratrice du thorax en exagèrent notablement l'intensité. Elles s'irradient vers l'épaule droite, dans le plexus brachial. L'expectoration est striée de sang.

3 avril : Le malade délire, tombe dans un état comateux et meurt le 7 avril, après deux mois et demi de traitement, et ayant présenté une légère réaction thermique 38° à 38°5 depuis quelques jours.

Autopsie.

L'autopsie a été faite le lendemain. L'incision longitudinale est faite de la symphise mentonnière à la symphise pubienne. Le plastron costal est enlevé. Il s'écoule de la plèvre gauche 500 grammes environ de liquide citrin, il y a quelques adhérences au sommet. A droite, le plastron est fortement adhérent à la plèvre et il est impossible de sortir le poumon de la cage thoracique, il faut, en quelque sorte, le sculpter dans la paroi

pleurale. Le poumon gauche présente de la congestion et de l'œdème. Le sommet présente quelques indurations et une cavernule tuberculeuse non ramollie. Légère anthracose pulmonaire. Tout le lobe supérieur et moyen du poumon droit est envahi par une infiltration cancéreuse. Cette masse cancéreuse forme un bloc grisâtre à certains endroits, rougeâtre à d'autres. Sur une section transversale, il est impossible de reconnaître aucun vestige de l'organisation normale du poumon. On n'aperçoit qu'un tissu friable, tremblant, de consistance analogue à de la pulpe cérébrale, il y a par places de nombreux îlots de grains blanchâtres à la périphérie de la tumeur ; cet aspect est dû au remplissage des alvéoles pulmonaires par les cellules sarcomateuses. En passant le scalpel sur la surface de section et aux endroits où la tumeur est assez ferme pour qu'on puisse le faire, on enlève les grains et on obtient par leur réunion un liquide laiteux qui a toutes les apparences du suc cancéreux.

Le ramollissement de la masse sarcomateuse se manifeste par la formation d'un magma dont l'élimination a laissé des cavernes à parois déchiquetées, pleines de sanie purulente.

Médiastin : le médiastin postérieur n'offre rien de particulier, mais, au niveau du médiastin antérieur, on trouve une chaîne de ganglions considérablement hypertrophiés par l'envahissement cancéreux et du volume d'une amende à une noix. Cette chaîne remonte jusqu'au devant de la trachée, près du pôle inférieur du corps thyroïde dont elle est indépendante.

Un gros thrombus très adhérent, non ramolli, stratifié, s'est développé au niveau de la veine sous-clavière gauche, ce qui expliquerait l'origine de la phlébite qu'a présenté le malade trois semaines avant sa mort.

Notons, en passant, dans l'aisselle gauche, une masse de ganglions néoplasiques indurés.

Cœur : le cœur est petit, l'oreillette droite est dilatée, les coronaires présentent des plaques athéromateuses.

Au niveau de la naissance de l'aorte, on trouve de l'athérome très prononcé, de même que sur les valvules sigmoïdes. Le

cœur gauche, après section, est rempli de nombreux caillots fibrineux. Le cœur droit est dilaté.

Rate : elle est légèrement scléreuse, la capsule est épaisse avec traces de péricapnite.

Reins : les reins, de petit volume, sont congestionnés; la coupe nous montre une substance corticale amincie, la décortication laisse apercevoir un tissu granuleux.

Foie : à l'examen in situ, nous sommes frappés de sa petitesse, 26×14 centimètres; sa forme est elliptique, et c'est avec peine que l'on distingue le lobe gauche du lobe droit, mais sa surface ne porte aucune trace de métastases. La vésicule biliaire est volumineuse, avec canal cholédoque libre.

Corps thyroïde : augmenté de volume, principalement le lobe droit.

En somme, cette observation nous montre que, malade depuis peu de temps, cet homme ne présentait réellement que des signes de compression médiastine : toux coqueluchoïde, dyspnée allant jusqu'à l'asphyxie, paralysie récurrentielle légère. Les autres renseignements utiles, tels que : les adénopathies externes, les hémoptysies ont manqué. Les signes physiques perçus : râles de congestion, zone de matité dans la partie supérieure du poumon droit pouvaient être interprétés dans divers sens. Et, bien qu'il n'y eut pas encore de compression veineuse, avant l'apparition de l'œdème du bras gauche, l'augmentation thoracique, la présence d'un gros souffle interscapulaire uni à une légère paralysie récurrentielle permirent d'affirmer une adénopathie médiastino-pulmonaire.

L'examen du sang a été bien rarement pratiqué en pareil cas, et les résultats notamment trouvés par Demange, ne présentent pas grand caractère digne de

remarque. Comme lui, nous avons trouvé un certain degré d'anémie, mais il n'y eut pas trace de leucocytose, et il serait difficile, comme Weil et Clerc, d'établir une distinction entre les adénopathies tuberculeuses et sarcomateuses d'après la prédominance des polynucléaires ou des mononucléaires dans le sang. Nous reviendrons, du reste, plus amplement sur cette question, en parlant du diagnostic des affections qui nous occupent.

L'évolution clinique a été rapide, car si le malade a avoué « tousser depuis pas mal de temps », ce sont ses propres expressions, il ne s'est senti atteint que six semaines avant son entrée à l'hôpital : la mort serait survenue en moins de cinq mois. Elle ne fut pas, nous l'avons dit, conséquence de la cachexie, mais résulta des phénomènes asphyxiques provoqués par une dyspnée progressive.

Peut-être pouvons-nous faire jouer un certain rôle morbide aux phénomènes pneumoniques terminaux, dont témoigne l'état congestif du poumon gauche découvert à l'autopsie : les phénomènes pneumoniques constatés en particulier par Milian et Bernard (Observation 1) ne sont pas rares dans les observations publiées.

Anatomiquement, nous avons été frappé du peu de consistance et de l'état diffluent de la tumeur. Prise à pleines mains, elle s'échappait entre les doigts, comme l'aurait fait du frai de grenouille.

Pour cette raison, elle n'a pu être conservée, malgré

tout l'intérêt anatomo-pathologique qu'elle eut présenté.

Les généralisations à distance sont restées localisées au territoire lymphatique et c'est par les vaisseaux que le processus a pu s'étendre. Il est probable que la rapidité avec laquelle est survenue la mort par le fait de compressions médiastines, a empêché la propagation du sarcome à d'autres viscères voisins, comme cela se voit assez souvent : (cœur, veine cave supérieure, trachée et bronche, œsophage) ou des territoires plus éloignés (foie, reins, etc.) Aucun viscère ne présentait de nodule néoplasique, et seuls, les ganglions pré-médiastinaux et axillaires gauches étaient pris.

OBSERVATION XV : (résumée) BENSAUDE 1905

**Sarcome primitif du poumon généralisé secondairement
aux ganglions périphériques**

Bulletins de la Société Anatomique de Paris

Jeune homme de 26 ans ; malade depuis un an ; à ce moment il s'est mis à tousser et à maigrir : des adénopathies périphériques ont apparû. Dyspnée intense, cyanose, raucité de la voix. Adénopathies généralisées de consistance ferme, sans dureté, ni ramollissement, ni périadénite.

Signes nets d'adénopathie trachéo-bronchique avec matité de la base gauche. Au laryngoscope, paralysie de la corde vocale droite due manifestement à une compression du récurrent par les ganglions.

Anémie légère et pas de modification de l'équilibre leucocytaire.

Diagnostic porté : Adénopathies généralisées à prédominance

trachéo-bronchique chez un tuberculeux. L'état s'aggrave : fièvre à 40°. Décès 8 jours après son entrée.

Autopsie. — Pas de bacillose au sommet. A la base gauche, léger épanchement pleural non hémorragique. A la partie inférieure des deux poumons, existent des noyaux plus ou moins arrondis, de taille variable, de consistance ferme, de coloration blanchâtre, tranchant nettement sur le tissu pulmonaire environnant, bien limités et cependant nullement enucléables. Foie grasieux. Nodule sur le lobe gauche de la taille d'une noisette à centre ramolli, à caractère de gomme tuberculeuse.

Tous les ganglions du médiastin sont tuméfiés sans suppuration.

Examen histologique : Fixation au Muller et au Bouin, le pus de l'abcès hépatique contient du bacille de Koch. Pas de lésions tuberculeuses au sommet.

Les noyaux de la base sont formés de tissu sarcomateux comprenant d'une part, des cellules arrondies, quelques-unes de grande taille, avec noyaux bourgeonnants, d'autre part, de nombreux foyers hémorragiques. A la périphérie de ces nodules, existe une zone de transition comprenant des alvéoles pulmonaires bourrées, soit de sang, soit de cellules néoplasiques. L'origine du sarcome paraît être dans la trame alvéolaire.

Les ganglions trachéo-bronchiques présentent des parties amorphes sans noyaux et qui sont manifestement en dégénérescence. (Pas de cellules géantes, ni de bacilles de Koch) Nous pensons à des foyers sarcomateux dégénérés. Un ganglion de l'aîne et plusieurs périphériques sont sarcomateux,

OBSERVATION XVI (résumée) LEHNDORFF 1909

Wiener Medizinische Wochenschrifte

Sarcome fuse-cellulaire

Marie V..., une fillette de 3 ans, sans antécédents héréditaires, et toujours bien portante jusqu'à ce jour, est prise au début de l'année 1908, de toux et de fièvre élevée. D'après les parents, la

toux serait douloureuse, avec vomissements fréquents. Le médecin traitant pense à la présence d'un corps étranger, fait une bronchoscopie et aspire le contenu de la bronche gauche dont il ne tire que des produits de sécrétion. Depuis cette époque, dyspnée, toux fatigante, fièvre élevée. Fin décembre, on pratique une thoracentèse dans le creux axillaire gauche qui donne issue à un liquide hémorragique. L'enfant se sent soulagée. Deux semaines plus tard, le médecin traitant pratique une seconde ponction à gauche contre le sternum, il en retire du sang liquide. Il en résulte une légère amélioration, la toux diminue un peu, de même que la dyspnée, mais l'amaigrissement se produit avec appétit nul.

L'enfant entre alors à l'hôpital le 24 janvier 1909 ; c'est une petite fille maigre, pâle, cyanosée légèrement, œdème léger des jambes, pas de ganglions, pas de fièvre, le pouls est à 120 pulsations. La respiration est 36 : respiration anhéante, battements des ailes du nez, tirage sus-sternal.

A l'inspiration, le thorax est légèrement voussuré en avant et à gauche; le dos ne présente pas cette ampliation. Le murmure vésiculaire est diminué de ce côté à la percussion, matité à la base s'élevant en haut jusqu'à la première côte. A droite, la respiration est normale, un peu de submatité à la base.

En avant, du côté gauche, matité compacte s'étendant en haut jusqu'au deuxième espace intercostal et dépassant à droite le bord parasternal d'un travers de doigt.

Rien au cœur, légère hépatomégalie et splénomégalie.

Dans les deux mois suivants la matité augmente, la voussure est de plus en plus accentuée, plus de 3 centimètres; la dyspnée est pénible, angoissante; cyanose de plus en plus marquée, toux très violente sans discontinuité.

Radiographie : Poumon gauche homogène, sombre à l'exception d'un petit champ clair à la base. Poumon droit normal, cœur dévié à droite.

Examen des crachats négatif, ponction négative. Diagnostic microscopique à la suite de la ponction ayant ramené

débris de nature indéterminée : Néoplasme endothélial du genre sarcome à petites cellules périvasculaires.

Mort le 16 avril 1909 dans le coma.

Autopsie. — Cadavre féminin de 87 cm. Cavité pleurale gauche remplie par une tumeur bombant dans le thorax, dépression du diaphragme, déplacement du cœur à droite avec torsion de 90° sur son axe longitudinal.

Poumon droit normal. Le poumon sain est comprimé, atelectasié, la tumeur est adhérente au niveau de la 6^e cote qu'elle a détruit en partie. Pas de métastases.

OBSERVATION XVII (résumée) : SCHEECH 1891

Deutsches Archv. für Klinis Medzin Volume 47

Sarcome à grosses cellules rondes du poumon droit

L. F..., photographe, 57 ans.

Plusieurs fois depuis avril 87 a craché de petites quantités de sang. Le patient met ses souffrances sur le compte de sa profession. Était autrefois très bien portant, grand mangeur et grand buveur.

L'examen pratiqué à ce moment donne un résultat absolument négatif. Comme il y avait une légère hypertrophie du cœur, on pensa d'abord à une embolie pulmonaire. Dans le courant de juillet, nouvelles petites hémoptysies, sang clair, pur, mélangé avec un peu de mucus. Examen microscopique du sang : pas de bacille. Pendant 12 mois, petites hémoptysies à intervalles plus ou moins rapprochés sans porter atteinte à la santé générale du malade et sans qu'on puisse en déterminer le siège.

Le 22 Novembre 1888 : Forte hémorragie obligeant le malade à se coucher.

Pour la première fois, on trouva sur le côté droit, de la 9^e à la 11^e côte, immédiatement à côté de la colonne vertébrale une matité allant se perdre contre la ligne axillaire postérieure

Résistance au doigt. Disparition des vibrations, absence de murmure vésiculaire; aux bases, râles à bulles moyennes.

L'hypertrophie cardiaque avec légère irrégularité, la présence de nouvelles hémoptysies, font penser à une embolie pulmonaire avec pleurite consécutive.

En janvier 1889 : Recommence à travailler. La matité droite persiste. Ni dyspnée, ni fièvre, ni sueurs.

Douleurs, amaigrissement.

Pendant cette année, légères hémoptysies.

La matité s'élève en octobre jusqu'au bord inférieur de l'omoplate, s'élargissant sur la ligne axillaire. Mêmes signes sthétoscopiques.

En janvier 1890 : Malade se plaint plusieurs jours de douleurs au cœur, avec sentiment de gêne respiratoire et d'angoisse. Bientôt, tout disparaît.

En février : Dans la partie inférieure de la poitrine et la partie supérieure de la colonne lombaire, terribles douleurs au moindre mouvement, toux, parole, avec sensation de constriction; quelques jours plus tard, anesthésie (dans la région glutéale et la paroi abdominale).

Le 15 février : Sensation de fourmillements dans le pied droit, avec érections, émission involontaire d'urine.

Le 21 février : Paralysie des extrémités inférieures; rétention d'urine. Peu à peu, perte de la sensibilité dans les membres inférieurs, sur la paroi abdominale, dans le dos, jusqu'aux limites de la poitrine. Cystite.

Météorisme abdominal considérable, d'où constipation opiniâtre.

Huit jours après la paralysie, escharre sacrée de décubitus,

Dans la région sus-claviculaire droite, on sent un ganglion induré.

La matité du côté droit augmente en arrière.

Abolition totale à droite du murmure vésiculaire.

Expectoration verdâtre comme celle des cavernes.

Le 15 mars : Accès de suffocation avec râles trachéaux se renouvelant plusieurs fois avant la mort, durant une fois six heures et même douze heures.

Œdème cachectique. Mort 12 avril.

Autopsie. — La moitié droite du thorax renferme 4 à 5 litres d'exsudat séreux, rosé. Sommet du poumon droit adhérent. Plèvre costale droite pariétale et diaphragmatique, couvertes de tubercules lisses, blancs, opaques, de la grosseur d'une tête d'épingle à une noix.

Poumon droit presque entièrement changé en une masse ferme, blanche, noirâtre par place, renfermant des cavernes, avec un contenu mou.

La plus grande partie de la tumeur est dégénérée, aucune adhérence avec la trachée ou l'œsophage.

La partie antérieure du lobe supérieur est conservée, mais vide d'air et anémiée.

Cul de sac pleural gauche vide, poumon gauche œdématié.

Congestion hypostatique du lobe inférieur. Péricarde renfermant un peu de liquide.

Cœur gros. Sur la valvule pulmonaire, quelques éminences en forme de tubercules irrégulières; muscle cardiaque brun-rouge friable.

Rate à peine hypertrophiée. A son bord antérieur, sous la capsule, quelques petits tubercules de la grosseur d'une fève, consistance ferme, de couleur blanche. On ne peut examiner la colonne vertébrale.

Examen microscopique des tubercules de la plèvre et du poumon droit : sarcome à grosses cellules rondes; ceux de la rate, fibro-sarcome.

D : FORME PLEURÉTIQUE AVEC ÉPANCHEMENT. — La forme pleurétique du sarcome primitif du poumon, c'est-à-dire celle où la tumeur est insoupçonnée, ou se cache derrière un épanchement à liquide, soit séreux, ce qui rend le diagnostic incertain, soit hémorragique

est une forme assez commune. Elle ne l'est cependant pas autant que celle où, malgré les signes physiques d'une vaste collection, les ponctions réitérées restent négatives.

Cette première variété fera tout d'abord l'objet de cette étude.

Pour rendre plus claire cette description, la symptomatologie de cette forme étant assez complexe, nous distinguerons les symptômes qui sont en rapport avec l'épanchement, et ceux qui sont dûs au sarcome pleuro-pulmonaire.

a) Symptômes dûs à l'épanchement. — On constate la matité hydrique à la partie inférieure et postérieure du thorax, et sur les limites de cette matité, une zone de submatité due aux néoformations pleurales. La sonorité normale de l'espace de Traube, peut même faire place à la matité, quand l'épanchement est considérable et qu'il siège à gauche.

Cette résonance exagérée appelée son skodique, perçue généralement dans la région sous-claviculaire du côté malade et qui est un bon signe de diagnostic de pleurésie séro-fibrineuse, se rencontre rarement dans la symptomatologie ; cela tient aux adhérences et aux fausses membranes qui se sont développées au sommet du poumon.

b) Les vibrations thoraciques sont diminuées ou abolies dans toute la zone répondant à la matité.

c) Il y a une déviation considérable et permanente du cœur, dans les cas de pleurésie gauche. De plus,

les battements cardiaques s'entendent dans toute la région de la poitrine en avant et en arrière, comme si ces battements étaient transmis à l'oreille par un poumon densifié bon conducteur du son.

d) L'auscultation pratiquée fait percevoir au-dessus de l'épanchement et à ses limites, des frottements et, dans la région de l'épanchement, on constate :

(1) L'absence du murmure vésiculaire ;

(2) La présence d'un souffle pleurétique plus ou moins modifié ;

(3) Mais le plus souvent l'œgophonie, la pectoriloquie aphone, signes si précieux dans le diagnostic des épanchements séro-fébrileux, font défaut ici ou manquent de netteté ;

(4) Dans un quart des cas, il y a dilatation des veines sous-cutanées avec œdème de la paroi thoracique ;

(5) La ponction est assez souvent difficile, nécessitant l'emploi de trocars volumineux. Chose assez particulière ici : la ponction n'amène aucun soulagement : la dyspnée persiste ou augmente, la matité ne diminue pas, les vibrations thoraciques restent abolies, le cœur ne reprend pas sa position normale ; ce qui laisse supposer que tous ces symptômes relèvent plutôt des adhérences que de l'épanchement.

e) Les renseignements fournis par la ponction évacuatrice ont une grande importance :

La ponction pratiquée au point d'élection de la matité, ne ramène pas toujours du liquide, soit qu'il

s'agisse d'un épaissement énorme de la plèvre, soit que le liquide soit cloisonné dans des logettes.

f) Le liquide ramené par la ponction quand il est hémorragique est remarquable par le défaut de fibrine.

Quand il est séro-fibrineux, sa densité serait supérieure à 1018. L'examen au microscope fournit des renseignements utiles montrant des cellules sarcomeuses polymorphes qui, traitées à une solution iodée, présentent la réaction glycogénique (voir chapitre du diagnostic).

g) L'épanchement se reproduit rapidement après la ponction. A cet égard, l'observation xviii est typique.

Chez ce malade, on retira successivement 100 grammes, puis 200 et enfin 900 grammes; puis les ponctions restèrent blanches.

h) Le trocart ramène parfois des parcelles néoplasiques qui, examinées histologiquement, serviront au diagnostic.

C'est là un fait rare que nous avons cependant trouvé, signalé dans l'observation xvi.

b) **Symptômes dus au sarcome pleuro-pulmonaire.** Quant aux symptômes relevant du sarcome pleuro-pulmonaire, tels que les douleurs, la dyspnée, la toux, l'expectoration, ils n'offrent rien de particulier. Nous en avons fait le tableau au chapitre précédent; les décrire ici, serait nous exposer à des redites.

OBSERVATION XVIII. — PITOT 1899

Résumés Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires

**Sarcome fuse-cellulaire du pouden gauche
à marche rapide**

B..., Louis, du 158^e régiment d'infanterie, entré à l'hôpital Villemanzy, le 19 janvier 1899.

Antécédents héréditaires : plusieurs membres du côté maternel, et sa mère, seraient morts de la tuberculose.

Antécédents personnels : a toujours joui d'une bonne santé, sauf une légère attaque de paludisme. Bien constitué et doué plutôt d'un certain embonpoint.

Il s'est mis à tousser, il y a un mois, avec rejets de crachats épais. Quatre jours avant son entrée, ses crachats étaient devenus sanglants, sans qu'il y eut hémoptysie proprement dite. Il aurait eu aussi à ce moment un peu de fièvre.

Etat à l'entrée : l'examen de la poitrine nous fait percevoir des deux côtés, des râles assez gros, entremêlés de sibilances et de rônchus, sans matité appréciable en aucun point. L'examen des autres organes ne décèle aucune particularité digne d'être notée.

Diagnostic clinique : bronchite grippale.

Les jours suivants, l'état reste sensiblement le même, les râles nous semblent cependant se localiser davantage vers la base du pouden gauche, tout en prenant un timbre plus sec. Le malade est toujours apyrétique.

5 février : Un peu de dyspnée, langue saburrale, crachats visqueux, et nous trouvons, en arrière à gauche, vers la partie moyenne des râles crépitants, occupant la fin de l'inspiration sans souffle, légère submatité à ce niveau. L'examen des crachats y décèle l'existence de nombreux diplocoques encapsulés. La température ne s'est pas élevée.

10 février : Plus de râles crépitants, mais les crachats sont devenus rouillés, rouges même. Ces signes font porter le diag-

nostic de tuberculose apyrexique. Cependant, nous devons dire que la recherche des bacilles de Koch resta toujours négative. Nous devons encore ajouter que le malade se plaignit à ce moment de ressentir une douleur très aiguë vers la base du cou, un peu en dedans de l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien gauche, où l'on sentait un léger empâtement.

15 février : Nous notons toujours à gauche, mais à la base, et sur une hauteur de 4 ou 5 travers de doigts, tous les signes d'un épanchement pleurétique : matité, abolition du murmure vésiculaire, ægophonie, diminution des vibrations, toux quinteuse, température : 38°7 le soir.

L'expectoration est toujours rouge et elle a conservé cette coloration jusqu'à la fin. La teinte de ces crachats diffèrait sensiblement de celle que leur donne la présence du sang et qu'ils avaient les premiers jours. Mieux inspiré, nous leur eussions appliqué la dénomination de crachats en gelée de groseille.

L'épanchement se complète le 16 février et remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. T : 37°2 : 38° le soir. Le cœur est dévié à droite et bat sous le bord parasternal droit.

Une ponction donne issue à 800 grammes d'un liquide un peu trouble, non purulent et ayant une teinte rougeâtre manifeste. T : 37°2, 38°3 le soir.

23 février : Reproduction de l'épanchement. Nouvelle ponction de 200 grammes d'un liquide semblable au premier. Il y a de la dyspnée peu intense.

10 mars : La mensuration thoracique accuse 2 centimètres en faveur du côté gauche. Nouvelle ponction le 10, devant la persistance de la matité et de la dyspnée.

La thoracentèse donne issue à 900 grammes d'un liquide non plus rougeâtre comme la première fois, mais d'une teinte un peu verdâtre. Ce liquide est très spumeux et se prend en un gros caillot fibrineux qui occupe presque la totalité du flacon.

15 mars : La ponction n'a pas amélioré l'état du malade. La température s'élève et atteint le soir 38°5 et 38°8. Pouls 120-128.

16 mars : Le malade se plaint de ressentir de nouveau vers la base du cou, à gauche, la même douleur, précédemment signalée et qui avait disparu ; nous percevons tendu obliquement en travers du sterno-cleido-mastoïdien, un cordon dur de la grosseur d'un doigt d'enfant, formé par la saillie de la jugulaire externe thrombosée. Il y a un œdème douloureux de ce côté de la face plus marqué au cou et descendant jusqu'à l'épaule.

19 mars : La matité remonte plus haut que l'épine de l'omoplate, avec silence respiratoire et abolition des vibrations. Le cœur bat franchement à droite sous le mamelon.

Dyspnée intense. Deux ponctions pratiquées restent sans résultats.

23 mars : L'œdème s'est étendue au bras, à la main et à la jambe du même côté où nous percevons au creux poplitée la saillie de la veine.

A partir de ce moment, le malade s'affaiblit de plus en plus, le pouls s'élève à 140 pulsations, la température restant normale. Dyspnée intense de 28 inspirations, elle atteint 48 par minute.

Décès le 30 mars, causé par l'intensité croissante de l'asphyxie.

Autopsie : A l'ouverture du thorax, on voit l'espace ainsi mis à découvert, occupé presque en entier par une masse rosée, irrégulière et tomenteuse. Tout à fait en bas et à droite, une membrane tendue et épaisse, représente le péricarde. Le poumon gauche ou plutôt la masse qui le représente, offre à son enlèvement les plus grandes difficultés.

Vers le lobe supérieur, le décollement est difficile et presque impossible, à partir de l'angle des côtes, et nous sommes en définitive obligés d'abandonner la partie de l'organe correspondant au dôme pleural. Cette partie ressemble, non par sa consistance qui est ferme, mais par son aspect, à de la substance cérébrale déchiquetée.

Le poumon droit présente au sommet un tubercule non encore ramolli.

Revenons au poumon gauche. Sur la masse enlevée, dans la partie correspondante au lobe supérieur, on reconnaît une

masse néoplasique, dure par places, ramollie en d'autres endroits ; les points plus nombreux présentent à leur centre une substance gélatiniforme ou analogue à de la substance cérébrale.

La jugulaire externe se présente sous la forme d'un gros cordon induré. Elle est doublée de volume et monoliforme ; ses parois sont épaissies, blanchâtres, sans adhérences avec les organes voisins. La veine jugulaire interne très grosse présente les mêmes altérations.

Foie : Un noyau métastatique en haut, en arrière et à droite.

Autres organes, rien de particulier.

Histologiquement, il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire.

Ne veut-on voir dans cette forme que l'allure toute rapide de l'affection, on trouve que l'évolution a duré trois mois à peine, que des infections surajoutées se traduisant cliniquement par des phénomènes fébriles, et microscopiquement par la présence de diplocoques dans les crachats, ont contribué à hâter le dénouement fatal ? Ne veut-on songer qu'à la forme broncho-pulmonaire, on trouve que la maladie a débuté par des signes sthétoscopiques de bronchite, que les hémoptysies firent changer ce diagnostic pour celui de tuberculose avec épanchement ? La physionomie de l'affection, en effet, fut telle qu'à aucun moment l'on ne porta le vrai diagnostic. Ne s'attache-t-on enfin qu'aux phénomènes pleurétiques, on remarque l'abondance du liquide épanché, sa nature hémorragique d'abord, séreux ensuite, sa reproduction rapide, etc. ?

C'est là une des formes de passage dont nous avons parlé au début de ce chapitre, et que l'on peut indifféremment rattacher à telle ou telle variété suivant que l'on prête une plus grande attention à la prédominance de certains symptômes sur d'autres.

Il nous a semblé que les ponctions répétées, l'abondance du liquide retiré après chaque intervention (800, 200, 900 grammes) étaient les signes capitaux de cette observation et pour cette raison, nous l'avons classée dans cette dernière catégorie.

Nous n'ajouterons que quelques réflexions ayant trait aux résultats des ponctions dont nous venons de parler et qui nous paraissent présenter un intérêt réel. Les deux premières fois, le liquide était un peu rougeâtre, mais à la troisième ponction (900 gr.) il avait perdu cet aspect pour revêtir une teinte légèrement verdâtre ; cette circonstance empêcha le médecin traitant d'ajouter au fait primitivement observé, toute l'importance qu'il avait sans doute.

Nous remarquerons aussi combien il était difficile au cas présent, de distinguer les signes physiques fournis par une masse néoplasique qui remplit la poitrine, de ceux qui permettent de reconnaître un épanchement liquide de la cavité pleurale, les uns et les autres étant ici identiques. La difficulté était encore accrue de ce fait, qu'entre les premières ponctions pleinement positives et les dernières, les signes physiques tirés de la percussion et de l'auscultation n'avaient pas changé, quoique vérifiés avec soin.

OBSERVATION XIX (résumée) WÉBER 1904

Plymouth spital south Dewon. (The Lancet)

Sarcome primitif à cellules rondes

Malade de 29 ans, bonne constitution, taille au-dessus de la moyenne, soigné par des médecins de Chicago pendant 3 mois

pour anémie et faiblesse, est envoyé en Europe. Pendant la traversée, il ressentit une douleur dans le côté gauche, sa respiration devint faible, et il est soigné par le médecin du bord pour pleurésie. A son arrivée à Plymouth, le malade est dans le collapsus; respirant avec difficulté et se plaignant d'une violente douleur dans l'épigastre. Pouls faible à 140. A l'examen, on constata un épanchement pleural considérable du côté gauche. On pratiqua une thoracentèse qui donna issue à un demi-litre de liquide hémorragique. Après cette intervention, il subsista une zone de matité au niveau de la 8^e côte, s'étendant vers la ligne axillaire postérieure. Au dessus de cette zone, on percevait un souffle tubaire. La respiration du malade devint plus aisée.

Le 17 Août et les jours suivants, la douleur épigastrique augmenta, nécessitant une injection hypodermique de morphine toutes les quatre heures. On constata ensuite une hypertrophie du foie, le bord étant descendu de 7 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes. L'estomac était très dilaté.

L'épanchement pleural se reforma régulièrement. Le 23, nouvelle thoracentèse qui donne issue à 1 litre et demi de liquide hémorragique. Pouls à 140, très faible, teint cachectique. On discute le 28 sur l'opportunité d'une troisième ponction par suite de la reproduction de l'épanchement ; mais on y renonce, en raison de l'issue fatale proche. Mort le 31.

A l'autopsie, la cavité pleurale gauche contenait un litre et demi de liquide hémorragique. Les trois quarts inférieurs du poumon gauche étaient occupés par une volumineuse tumeur, bosselée, de couleur hémorragique. Il ne subsistait plus de tissu pulmonaire normal, sauf dans la partie toute supérieure du sommet gauche. Au microscope, on vit qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes des plus typiques.

OBSERVATION XX : MM. HALBRON et SERAZY (1910)

Bulletins de la Société anatomique

Sarcome fuse-cellulaire du poumon gauche

Le malade, âgé de 30 ans, exerçait la profession de valet de chambre. Rien de particulier à noter dans ses antécédents. Pendant les trois années qui ont précédé son entrée à l'hôpital, il a souffert à quatre reprises de points de côté siégeant à gauche et survenant à l'occasion du froid.

Il entra, le 20 août 1908, à l'hôpital Laënnec, parce que, depuis deux nuits, il éprouvait des douleurs thoraciques gauches, de la dyspnée, de la fièvre, en même temps qu'il avait maigri de 5 kilogrammes.

A l'examen pratiqué, on constata que couché sur le côté gauche, il était en proie à une dyspnée intense (36 respirations par minute).

Le thorax du côté gauche était voussuré : les vibrations y étaient abolies. La percussion décelait de la matité hydrique totale à la partie postérieure, avec skodisme sous-claviculaire à la partie antérieure : l'espace de Traube était mat. A l'auscultation, on notait que la respiration était presque abolie : il existait un souffle aigre, voilé, expiratoire, dont le maximum siégeait au-dessous de l'épine de l'omoplate, de l'aégophonie, de la pectoriloquie aphone. Au sommet gauche, la respiration était soufflante.

Le cœur, fortement dévié, battait sur la ligne médiane. Pouls petit à 115°. Une ponction pratiquée donne issue à 500 centilitres de liquide hémorragique, alors que les signes physiques permettaient d'évaluer l'épanchement à deux litres au moins de liquide. Le malade quitta l'hôpital le 10 octobre et y rentra le 18 novembre. A ce moment, la voussure gauche était énorme, le malade était cachectique et présentait des signes physiques analogues à ceux décrits plus hauts ; mais le skodisme sous-

claviculaire était remplacé par de la matité et le cœur battait à droite du sternum. Une ponction retira 250 centilitres de liquide sanglant. Plusieurs autres ponctions furent négatives.

L'examen radiographique révéla une opacité complète du poumon gauche.

Le malade mourut le 10 janvier 1909, de cachexie et surtout d'asphyxie.

Autopsie : Le plastron sternal est adhérent au poumon gauche.

Le poumon gauche est remplacé en grande partie par une tumeur qui adhère à la paroi thoracique par des tractus délimitant des logettes dont quelques unes sont remplies par du liquide sanglant. A la coupe, on constate que le parenchyme pulmonaire est refoulé en haut et en dedans par une masse blanc rosée, arrondie, volumineuse, mesurant 16 centimètres de diamètre, ramollie en son centre qui est creusée d'une cavité bordée de tissu crébriforme, compacte à sa périphérie. Il n'existe qu'une seule tumeur. Le poids du poumon gauche et de la tumeur est de 5 kilos. L'origine de la tumeur est donc dans le lobe inférieur. Pas de métastases dans les autres viscères.

Examen microscopique : A un fort grossissement, l'aspect est celui d'un sarcome à cellules fusiformes. Les cellules allongées ou arrondies, selon les hasards de la coupe, ont un protoplasma acidophile, un noyau clair, rarement bourgeonnant. Il n'y a pas de substance intercellulaire, mais on observe une trame conjonctive, relativement épaisse.

Les vaisseaux sont abondants ; la plupart sans paroi propre. Nous n'avons pas observé de plasmazellen, ni de polynucléaires neutrophiles ou éosinophiles.

Réflexions. — Le diagnostic de cette affection était difficile. Le jeune âge du malade, son état d'amaigrissement, ses antécédents qui nous le montraient souf-

frant de douleurs thoraciques gauches depuis plusieurs années, enfin l'existence de la fièvre persistante, tous ces faits inclinaient le diagnostic vers l'idée d'une tuberculose pleurale. Le résultat de la première thoracentèse qui avait été du sang pur sans cellules néoplasiques, n'indiquait pas davantage l'existence d'une tumeur. Ultérieurement, le point le plus frappant avait été la co-existence de signes d'un épanchement pleural considérable, et de ponctions infructueuses après que ces dernières avaient été positives.

Anatomiquement, la tumeur était remarquable par son volume (plus de 5 kgs.) et malgré ses dimensions considérables, elle ne s'était pas généralisée.

OBSERVATION XXI (Résumée) :

MM. SPILLMANN et J. PARISOT 1907

(Revue médicale de l'Est)

Sarcome primitif du poulmon gauche à cellules rondes

Un mineur âgé de 43 ans, n'ayant présenté aucune maladie antérieure, mais se sentant fatigué et maigrissant depuis un accident qui lui est survenu il y a deux ans et pour lequel il dut subir une laparotomie (coup de mine), arrive à la clinique de M. le Professeur Spillmann. L'appétit est bon, mais depuis un mois, *il a ressenti de violentes douleurs dans le côté gauche de la poitrine au-dessus de la hanche* ; ces douleurs sont sourdes avec quelques exacerbations, elles s'accompagnent d'essoufflement et de perte des forces (amaigrissement de 12 livres depuis 6 mois). Dès l'abord, on constate chez le malade, à côté de l'état cachectique, de l'amaigrissement considérable, une dyspnée notable. L'examen de l'appareil respiratoire fournissait des

signes importants : le murmure vésiculaire, normal à droite était au contraire aboli à gauche, de la base à la pointe de l'omoplate ; à ce niveau, on percevait un souffle aigu ; abolition des vibrations, matité ; en un mot, signes d'un épanchement assez abondant, avec léger déplacement du cœur dont la pointe battait au niveau du bord parasternal droit. Aucune lésion des autres organes. Une ponction ramène 450 cl. de liquide hémorragique ; les signes pulmonaires persistent, et 15 jours après l'entrée du malade à l'hôpital, on constatait une véritable augmentation de volume de la partie gauche du thorax : 39 cent à gauche et 36 à droite, au niveau du creux axillaire. Une circulation collatérale sous le creux axillaire, sur la paroi latérale gauche du thorax ; la matité, l'abolition des vibrations thoraciques, le souffle, persistent ainsi que la dyspnée. Il n'existe pas d'expectoration. La voix est fortement enrouée, et cependant, on ne constate rien à l'examen laryngoscopique. Une ponction exploratrice permet de déceler des placards formés de cellules rondes agglomérées, ayant tous les caractères des cellules sarcomateuses (sarcome globo cellulaire)

Analyse du sang	}	globules blancs.....	17.600
		hémoglobine.....	80
		globules rouges.....	4.368.000
Formule lencocytaire	}	Lymphocytes.....	1 %
		Polynucléaires neutro-	
		philes.....	14 %
		Mononucléaires.....	10,5 %
		Eosinophiles.....	4,5 %

La radiographie confirma le diagnostic clinique et cytologique en montrant nettement la présence d'une masse opaque, occupant les parties supérieures et moyennes du poumon gauche; une tumeur, sans nul doute. Enfin, les battements du cœur étant perceptibles à la partie postérieure gauche du thorax, avec maximum d'intensité au niveau de la pointe de l'omoplate gauche mis en évidence par des graphiques, confir-

ment encore la transmission des pulsations par une masse cancéreuse.

Diagnostic confirmé par l'autopsie :

A l'ouverture du thorax, on constate sur la quatrième côte, et sur la partie droite du sternum, au niveau de l'insertion de cette côte, un nodule cancéreux de la grosseur d'une noix. Tout le poumon gauche est augmenté de volume, plèvre partout adhérente sauf au niveau du sommet. Par des coupes longitudinales, on voit que la partie inférieure du poumon gauche est, sur une hauteur de 9 cent., sur 14, envahie par une masse cancéreuse d'aspect blanc rosé. La plèvre gauche est aussi transformée en véritable tumeur et forme une carapace de 2 à 3 cent. d'épaisseur sur 19 cent. de hauteur, au poumon de ce côté.

Ganglions trachéo-bronchiques du volume d'une orange, transformés en masse rosée, dense. 5 ou 6 noyaux métastatiques dans le foie.

L'examen histologique montre que cette tumeur primitive du poumon gauche, généralisée ensuite au foie et à quelques os, était un sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION XXII WALCH 1893

Bulletins Société Anatomique (résumée)

Sarcome médullaire du poumon gauche. Généralisation Pleurésie à pneumocoques

H. L..., couvreur, 30 ans. 26 novembre, douleur pongitive très violente au niveau du mamelon gauche. Dyspnée, soigné en 1891 pour pleurésie.

17 Novembre : Le poumon gauche est mat en arrière, vers sa portion moyenne sur une étendue de 8 à 10 centimètres.

Auscultation : Absence du murmure vésiculaire à ce niveau, souffle rude et prolongé à l'auscultation, vibrations diminuées. Température: 40°.

Empyème pour pleurésie purulente à pneumocoques.

Mort le 26 novembre.

Autopsie : Poumon gauche apparaissant sous forme d'une masse dure, accolée aux côtes avec lesquelles il a contracté des adhérences impossibles à rompre. A la coupe, le poumon présente l'aspect lardacé. Suc laiteux par le raclage.

Ganglions bronchiques dégénérés, ne comprimant pas les organes voisins. Noyaux cancéreux dans le péricarde, et dans le sommet du poumon droit.

Examen histologique : sarcome médullaire.

Nous remarquerons que la nature du liquide n'est pas toujours hémorragique ; nous avons vu qu'il pouvait être séro-fibrineux, ce cas nous montre que parfois il peut devenir purulent. L'épanchement peut être citrin, au moment des premières ponctions, et devenir ensuite hémorragique ou vice-versa.

OBSERVATION XXIII (résumée). — DAUNIC 1910

Toulouse médical

Sarcome fuse-cellulaire du poumon gauche

Il s'agit d'un homme âgé de 80 ans, présentant des phénomènes assez vagues du côté du poumon. Bon état général, teint coloré, non cachectique.

En quelques jours, sa respiration devient oppressée, facies anxieux, délire nocturne et signes stéthoscopiques de collection liquide dans la plèvre gauche. Meurt 8 jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, la plèvre gauche est remplie d'un liquide citrin clair, sérofibrineux, comme volume évalué à un litre et demi. On constate sur la plèvre pariétale et viscérale du poumon gauche

une grande quantité de granulations de volumes divers. Ces nodosités sont d'une consistance ferme, couleur blanc nacré, d'un volume variant d'un grain de semoule à celui d'une noisette. Ces nodules ne sont point détachables et sont fixés par leur base et sur la plèvre pariétale et sur la surface du poumon.

Autour de la trachée, grosses masses ganglionnaires en évolution néoplasique. Le poumon est collé dans la gouttière vertébrale, aplati, sauf le lobe supérieur qui n'a pas été refoulé par le liquide pleurétique, envahi qu'il est, par une tumeur du volume d'une tête de nouveau-né. Coloration blanchâtre, aspect lardacé, consistance ligneuse ; çà et là, cavités d'où il sort, à la pression, un liquide puriforme. La tumeur n'a pas refoulé le parenchyme, mais s'est développée en plein tissu alvéolaire. La tumeur est entourée d'une coque constituée par du tissu pulmonaire, épaissi et sclérosé. Il ne faut pas songer à énucléer cette tumeur. Aucun vestige dans les autres organes de l'infection cancéreuse.

Histologiquement, c'est un sarcome fuso-cellulaire des plus typiques.

E : FORME PLEURÉTIQUE SANS ÉPANCHEMENT. — C'est une forme toute spéciale aux tumeurs conjonctives du poumon. Très rarement observée dans les tumeurs épithéliales, elle prend volontiers cette allure clinique dans le sarcome. Nous avons, du reste, toujours à faire à de volumineuses tumeurs, occupant tout ou grande partie d'un poumon, donnant les signes d'un vaste épanchement pleural, sans qu'il y ait pour cela de liquide ; on ponctionne et la ponction reste sans résultat.

Essayons donc de dégager de cette étude, sa physiologie clinique. Le début est presque toujours insidieux. Un sujet jeune, n'ayant pas dépassé la

quarantaine, et, ordinairement bien portant, est pris, généralement à l'occasion d'un refroidissement, d'oppression et de dyspnée. Des douleurs surviennent à leur tour. La situation persiste ainsi plusieurs jours, oblige même le malade à s'aliter, puis s'améliore et permet à celui-ci de reprendre ses occupations.

Les choses peuvent ainsi rester en état, pendant des semaines, des mois, quand, à l'occasion d'un nouveau refroidissement, ou sans cause apparente, survient une nouvelle crise de dyspnée et de nouvelles douleurs.

Le malade maigrit, a des hémoptysies ; un instant, on pense à la tuberculose. mais généralement on constate d'autres signes qui font rejeter cette première hypothèse. A la période d'état, la douleur est vive, pouvant revêtir dans certains cas, le caractère pseudo-rhumatismal, décrit par Dieulafoy, dans le cancer pulmonaire avec épanchement ; chez le malade de Ranglaret (observation xxviii), c'était une névralgie intercostale. Une dyspnée intense, une toux quinteuse, font tour à tour leur apparition. Nous n'insisterons pas sur ces derniers caractères, nous en avons fait une étude assez complète au chapitre III pour nous dispenser d'en reparler.

Plus intéressants, par contre, sont les signes physiques.

L'inspection fait souvent découvrir une ampliation du thorax, irrégulière, distribuée sur une partie très limitée de la poitrine et en rapport avec le développement de la tumeur. De plus, de l'œdème avec immobilité du côté dilaté, des dilatations veineuses, superficielles,

la disparition des dépressions intercostales, tout concourt à donner le change et à faire songer à une pleurésie purulente.

La matité qui commence fréquemment par se manifester à la base, remonte parfois jusqu'à l'épine de l'omoplate, pour envahir consécutivement le creux axillaire, la région thoracique antérieure, l'espace de Traube. On se trouve alors en présence d'une matité absolue, de plomb, avec sensation de perte d'élasticité de la paroi, de résistance au doigt, dans toute l'étendue de l'hémi-thorax, en imposant elle aussi pour une vaste collection liquide. Mais ici, de même que dans la forme précédente, il y a absence de son skodique.

Un fait très spécial, particulier d'ailleurs à la forme pleurétique du sarcome, qu'il soit avec ou sans épanchement, c'est le retentissement des bruits du cœur dans toute l'étendue du thorax, nous l'avons signalé au paragraphe précédent.

Soupçonnant la nature néoplasique de l'affection, par la découverte d'adénites, on peut être amené à faire une ou plusieurs ponctions exploratrices. La première pourra être négative, mais une seconde ou une troisième donnera issue à une petite quantité, non pas de liquide séro-fibrineux ou même hémorragique, mais de sang rouge vermeil, due à ce que l'aiguille sera tombée dans une de ces cavités que nous signalerons au chapitre de l'Anatomie pathologique.

L'évolution de cette forme est une des plus lentes. Quand il ne se produit pas d'accidents qui emportent subitement le malade (observation xxiv), la terminai-

son fatale se fait dans le marasme et dans la cachexie (observations XXIII, XXV, XXVIII).

OBSERVATION XXIV (résumée). — RUTIMEIER 1885

Correspondenz blatt für Schweizer Aërtze

Sarcome primitif fuso-cellulaire du lobe inférieur gauche

Femme de 28 ans, atteinte deux ans auparavant de pleurésie reparaissant il y a six mois avec une intensité telle qu'on diagnostiqua un empyème limité et que la malade entra à l'hôpital pour se faire opérer. On trouva une matité absolue en arrière, à gauche et en bas, dans la région latérale, avec forte déviation du cœur à droite, abaissement du diaphragme à gauche.

Dans l'étendue de la matité, abolition du frémus vocal et du murmure vésiculaire. Des ponctions répétées restèrent sans résultat. En faisant une résection costale, on tomba sur une tumeur qui parut être un sarcome fuso-cellulaire. Mort 4 mois après par cachexie et hémoptysie répétées. Au cours de la maladie, survint une expectoration jaune-verdâtre.

Autopsie. — Tumeur de 0^m20 de hauteur, 0^m16 de large, 0^m08 d'épaisseur, dans le lobe inférieur gauche, entourée de tissu pulmonaire. Pas de métastases.

Examen microscopique : sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION XXV (résumée). — DEMANGE 1875

Revue médicale de l'Est

Sarcome primitif du poumon. — Thrombose de l'artère pulmonaire. — Mort subite. — Autopsie

X..., âgé de 37 ans, entre à l'hôpital Saint-Charles le 7 avril 1875. Depuis 5 mois il a senti ses forces diminuer, en même temps il souffrait de douleurs vagues dans la poitrine, ducôté

gauche, sa respiration était gênée par moments, une toux sèche et quinteuse l'incommodait fréquemment.

Examen de la poitrine à son entrée à l'hôpital.

Effacement du creux sous-claviculaire du côté gauche ; la poitrine paraît légèrement rétrécie à la base du même côté.

Percussion : Matité absolue et perte complète d'élasticité sous le doigt dans le creux sous-claviculaire gauche. Même matité dans les fosses sus et sous-épineuses gauches. A la base gauche, à partir de la pointe de l'omoplate, il existe une diminution de la sonorité, mais non pas une matité absolue comme à la partie supérieure. La sonorité est surtout conservée dans la gouttière costo-vertébrale. Latéralement, matité absolue dans l'aisselle jusqu'au niveau du 5^e espace intercostal.

Auscultation. — Absence absolue du murmure vésiculaire dans tous les points où la matité absolue existe. A la base, il semble que l'on perçoit un murmure faible et quelques râles muqueux. Pas d'égophonie, pas de souffle bronchique, pas de retentissement de la voix. Perte absolue des vibrations thoraciques en avant et en arrière.

Pointe du cœur refoulée à droite, battant sur le bord droit du sternum. Il existe à la pointe un bruit de souffle systolique ayant son maximum à deux travers de doigt au-dessus de l'appendice xyphoïde. Il s'entend jusqu'à la base du cœur où il est moins fort, ne se prolonge pas dans les vaisseaux du cou.

Le 8 : On constate un peu d'œdème de la paroi thoracique limité au côté gauche.

Le 10 : Recherche des ganglions négative. On constate seulement une légère hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde, mais le malade affirme qu'elle existe depuis son enfance.

Le 12 : Tendance à la syncope. On tente une ponction aspiratrice. Il ne sort aucune goutte de liquide. On sent que la pointe du trocart est engagée dans une masse solide.

Le 17 : Modification des bruits du cœur. Double bruit de souffle diastolique et systolique. Maximum des 2 bruits sur la ligne médiane, à 4 travers de doigt au-dessus de l'appendice xyphoïde. Pouls excessivement faible.

Le 20 : Nouvelle ponction exploratrice infructueuse.

Mort par syncope.

Autopsie : Poumon gauche complètement adhérent à la plèvre pariétale dans toute son étendue, renferme des masses volumineuses et très dures. Il contient 6 à 8 tumeurs ovoïdes parfaitement régulières, d'un œuf de pigeon au poing d'un adulte; les unes sont développées au centre du parenchyme pulmonaire qu'elles ont refoulé autour d'elles, les autres ont pris naissance sur la plèvre. Reste du poumon carnifié.

Les tumeurs sont formées par un tissu dur, élastique, laissant échapper un suc assez abondant et filant, coloration jaunâtre,

Bronche gauche, au niveau de sa bifurcation, complètement obstruée par un bourgeon de même nature que les autres tumeurs.

L'artère pulmonaire, très dilatée, est remplie depuis son origine jusqu'au-delà de sa bifurcation par une masse indurée. En la sectionnant longitudinalement on constata qu'elle renferme un gros caillot fibrineux adhérent à la paroi de l'artère.

Ce caillot se bifurque et peut être suivi jusque dans les ramifications de 2^e et 3^e ordre des branches droite et gauche.

Ce caillot a tous les caractères d'un caillot ancien.

Examen microscopique : Suc examiné à l'état frais renferme des cellules très nombreuses de dimensions moyennes uniformes et ovalaires. En outre, présence de nombreuses granulations graisseuses et de quelques globules rouges. Il s'agit d'un sarcome fasciculé. Pas de réticulum apparent par le pinceautage.

OBSERVATION XXVI (résumée) RANGLARET 1893

Bulletins de la Société Anatomique

Sarcome primitif du poumon gauche

M G..., 34 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 26 Juin 1893.

Maladie actuelle semble remonter à Juillet 1892. Entre à Lourcine où elle est traitée pour une pleurésie gauche. 20 Juin 1893 ressent une douleur intercostale gauche très violente. Hémoptysie. A l'examen, légère voussure de la paroi thoracique gauche surtout en avant. Percussion: zone de matité occupant en arrière et en avant les deux tiers inférieurs du poumon. Murmure vésiculaire complètement supprimé dans la partie correspondant à cette matité. En arrière, la respiration s'entend au sommet et à la base du poumon. Ni souffle, ni ægophonie, ni pectoriloquie aphone. Crises de dyspnée à intervalles assez rapprochés. Toux fréquente, quinteuse, s'accompagnant d'une expectoration muqueuse assez abondante sans caractères bien tranchés. Cœur légèrement dévié à droite. Apyrexie. On pense à une pleurésie interlobaire. Une ponction exploratrice reste sans résultat.

4 Septembre : Voussure thoracique ayant gagné la base du thorax. Immobilité complète de la paroi. Lacis veineux assez abondant s'apercevant au-dessous de la peau. La percussion dénote une matité de plomb dans tout le côté gauche. Abolition totale du murmure vésiculaire.

Le cœur est dévié à droite, la pointe bat dans le quatrième espace intercostal droit, à 5 centimètres environ de la ligne médiane.

L'exploration de l'aisselle gauche permet de constater la présence de 5 ou 6 ganglions du volume d'une grosse noisette, de consistance dure, roulant sous le doigt.

Une nouvelle ponction donne issue à une petite quantité de

sang, qui, examinée au microscope ne contient pas d'autres éléments figurés que ceux que l'on trouve dans le sang.

Mort dans le marasme le 11 novembre 1893.

Autopsie : Au-dessous de la plèvre gauche, masse molle occupant la place du poumon gauche. Tumeur formant une grosse masse blanchâtre, feuilletée, aspect d'un gros chou-fleur.

Tumeur contenue dans une poche qui semblait être formée par la plèvre épaissie. Dans la partie interne de cette poche, on aperçoit une bande grisâtre, épaisse d'un demi centimètre et formée de tissu pulmonaire fortement condensé. Il existe enfin vers la partie supérieure de la tumeur un noyau de même nature. C'est tout ce qui reste du poumon. Poids 1.800 grammes.

Ganglions du médiastin tuméfiés. Pas de noyaux secondaires. Examen histologique. Sarcome à cellules fusiformes, disposées en faisceaux séparés par de minces travées conjonctives. Ganglions de l'aisselle, mêmes lésions. Épaississement de la plèvre uniquement formé de tissu fibreux, sans trace d'éléments néoplasiques.

Malgré le volume considérable de la tumeur, le rapport d'autopsie ne relate pas la moindre métastase dans les organes.

Cette observation apporte un argument de plus à ce que nous disions au chapitre III : à l'encontre du cancer épithélial si prompt à la généralisation, l'envahissement des viscères de l'économie par le sarcome est relativement rare.

OBSERVATION XXVII (résumée)

MM. DELPORTE & GUIBAL 1907

Archives de médecine et pharmacie Militaires

Sarcome primitif du poumon à cellules géantes

R..., caporal, 23 ans, 6^e section d'administration, boulanger, entre à l'hospice mixte de Verdun, le 1^{er} Mars 1907. Pas d'antécédents. Sujet maigre, facies anxieux, respiration courte,

tirage sus-sternal, creux sous-claviculaires profonds. Assis sur son lit, fortement penché en avant, à première vue on dirait un cardiaque en asystolie.

Le malade déclare que depuis quinze jours, il se trouvait gêné pour respirer et, que devant cette dyspnée naissante, il avait dû interrompre son travail de boulanger, il se plaint également d'un point de côté à la base gauche.

Il ne tousse pas, pas d'expectoration ni de crachats sanglants, aucun trouble de la voix, pas d'inégalité du pouls, mais un léger reflux dans les veines jugulaires externes dilatées. Tout le tableau clinique se résume dans une forte dyspnée sans paroxysmes, avec une respiration moyenne de 45. Apyrexie. Pouls à 130, petit, régulier.

On remarque une voussure très appréciable dans toute la hauteur des cartilages costaux. Pas de douleur provoquée, le phrénique est insensible à la pression. Pas de dysphagie, ni de troubles oculaires. Parole brève. L'examen de l'appareil respiratoire donne les résultats suivants : au sommet du poumon droit, en arrière : matité et souffle ; à la partie moyenne, sonorité faible ; à la base : matité à partir de la 8^e côte, abolition du murmure vésiculaire et des vibrations, matité et souffle intense dans la région interscapulaire. En avant, matité à gauche se confondant avec la matité cardiaque et envahissant l'espace de Traube. A droite, matité descendant vers l'aisselle droite, où elle rejoint la matité de la base droite.

Dans toutes ces zones mates, silence complet, abolition du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques. Dans les régions où la respiration est perçue, elle est sibillante aux deux temps. Jusqu'à la mort, ces signes n'ont pas changé. Bruits du cœur difficilement perceptibles. Trois ponctions exploratrices à la seringue de Pravaz sont sans succès.

Décès le 7 avril. Autopsie le 11.

Autopsie. — A l'ouverture de la poitrine, on constate une masse s'étendant comme un très large et très épais plastron,

des clavicules gauches, jusqu'au diaphragme et jusqu'au aisselles droite et gauche, recouvrant sur toute cette étendue le poumon et le péricarde. Cette masse, d'une couleur blanchâtre, jaunâtre en quelques points, est généralement molle, presque diffluente, plus consistante cependant par places. Son maximum d'épaisseur est au niveau du manubrium où elle atteint près de 7 à 8 centimètres. Elle est encore très épaisse au niveau du péricarde et du cœur, où elle mesure près de trois travers de doigt et va en s'amincissant vers les sommets du poumon.

Le lobe moyen et inférieur du poumon sont presque totalement envahis par cette tumeur qui a subi à ce niveau une dégénérescence muqueuse et pris une teinte lie de vin dûe à des foyers hémorragiques. Sur certains points, elle est presque en déliquescence avec exsudation séro-gommeuse.

De nombreux ganglions tuméfiés et ramollis du volume d'une amande, sont accumulés en paquets autour de la trachée et des bronches sans toutefois les comprimer. Le médiastin postérieur est envahi au sommet seulement.

L'examen histologique fait par M. Lucien, chef de travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de Nancy, a montré que cette tumeur était un sarcome à cellules géantes. Les portions centrales étaient en voie de nécrose et présentaient des foyers hémorragiques.

Cette observation se caractérise par l'absence de symptômes spéciaux (crachats sanglants, pleurésie hémorragique, signes de compression médiastine) et par la possibilité d'exercer une profession aussi pénible que celle de boulanger, malgré des lésions aussi étendues, presque jusqu'à la fin de sa vie.

OBSERVATION XXVIII (résumée) — MM. SPILLMANN
et HAUSHALTER

Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 1891

**Sarcome du poudmon gauche, symptômes simulant
au début une affection aortique**

Frédéric K..., 42 ans, cordonnier. En avril 1891, vient à la consultation, se plaignant de palpitations : jusqu'alors il n'a pas cessé de travailler. Examen. A la base du cœur, on entend un souffle systolique.

6 avril : Voussure précordiale. Choc du cœur au 6^e espace sur la ligne mamillaire gauche ; pas de matité augmentée au niveau de la crosse de l'aorte. Battements diffus à la région précordiale avec frémissement cutané systolique.

Bruit systolique de la pointe, net ; à la base : souffle systolique rude au tiers supérieur du sternum vers la droite ; par contre, le bruit diastolique est bref, net.

A gauche, voussure notable de tout le thorax, portant surtout sur la région comprise sous l'omoplate entre la gouttière vertébrale et la ligne axillaire. A la percussion sous la clavicule gauche et en avant, son tympanique ; dans l'aisselle son très ample, très profond ; matité sur une zone de la largeur de la main, partant de la fosse sus-épineuse pour gagner la base en longeant la colonne vertébrale.

Sous la clavicule et sous l'aisselle, respiration renforcée, supplémentaire ; dans la gouttière, au niveau de la matité, respiration faible, voilée, sans modification de la voix, abolition des vibrations vocales à ce niveau.

27 avril : Matité compacte dans tout le côté gauche du thorax, jusque sous la clavicule, absence de vibrations vocales, silence respiratoire, battements cardiaques diffus entre la ligne amillaire et le sternum.

4 mai : État syncopal. Mort le 5 mai.

Autopsie : Toute la partie gauche du diaphragme est refoulée vers la cavité abdominale, sous forme d'une masse arrondie, grosse comme une tête de fœtus ; cette masse repousse fortement le foie dans l'hypochondre droit.

Le poumon gauche est réduit à une languette mince, large de 4 cent. environ ; sous cette languette, en arrière du cœur, et refoulant celui-ci en avant, se trouve une masse dure, grosse comme une tête d'enfant ; en dehors et à gauche de cette masse, une poche fluctuante à surface triangulaire à base inférieure ; elle contient environ un litre de liquide rougeâtre ; dans la poche font saillie à l'intérieur deux bosselures, grosses comme une noix, faisant corps avec la tumeur. Poids de la tumeur et du poumon gauche 3. 075 gr. Consistance dure. A la coupe, on trouve au centre une masse rouge, grosse comme une orange, un peu plus molle que le reste du tissu, dont elle est séparée par une sorte de paroi, formant kyste ; tout autour, la tumeur est dense, fibreuse, blanche, composée de fines lames stratifiées, ou disposées en tourbillons. A la partie inférieure, la tumeur est creusée de lacunes grandes comme des noisettes, remplies de magma rougeâtre.

Tout autour de la tumeur est appliqué le tissu pulmonaire, condensé sous forme de lames grisâtres ; mais il est facile de voir qu'à la partie supérieure, le poumon est pénétré par la tumeur qui y semble implantée.

Cœur normal, pas de ganglions hypertrophiés.

Examen histologique : Sarcome kystique du type fasciculé. Le tissu pulmonaire est refoulé, tassé par l'augmentation de volume du sarcome, et envahi par la néoplasie elle-même. L'oblitération des alvéoles se fait par épaissement graduel des parois, l'épithélium tombe et disparaît.

OBSERVATION XXIX (résumée). — M. FERRAND. 1893

Société Médicale des Hôpitaux

Sarcome primitif du poumon gauche

Femme de 32 ans, entre le 26 juin 1893, dans le service de M. le docteur Ferrand.

Pas d'antécédents. La maladie remonterait à un an. Vers le 20 juin, hémoptysie légère avec exacerbation des douleurs intercostales.

Examen à l'entrée : la malade attire d'abord l'attention sur ses douleurs intercostales. Respiration gênée. Zone de matité occupant en arrière et sur les côtés toute la partie moyenne du poumon gauche. Murmure vésiculaire aboli dans la région mate, il s'entend au sommet et à la base du poumon. On pense à une pleurésie interlobaire.

Plusieurs ponctions pratiquées restent sans succès. La toux devient fréquente, quinteuse, difficile, avec expectoration parfois sanguinolente. Voussure thoracique considérable, avec immobilité absolue de la paroi. Déviation du cœur à droite. Matité de plomb dans tout le côté gauche, excepté au sommet.

4 septembre : L'amaigrissement s'accroît. Apyrexie complète. Ganglions axillaires engorgés; 14 grammes d'urée en 24 heures. Meurt dans le marasme cachectique.

Autopsie : Tumeurs volumineuses occupant tout le poumon gauche (2 kil. 100). Pas de noyaux secondaires dans les autres organes.

Histologiquement. Il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes.

C'est surtout par la présence de signes thoraciques évoquant l'idée d'un gros épanchement que cette observation est intéressante et mérite de prendre place dans ce dernier paragraphe.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège, volume : Le sarcome du poumon présente une prédilection toute marquée pour le côté gauche. Sur 33 observations colligées, nous trouvons 20 fois le cancer à gauche, 111 fois à droite, et il est considéré comme bilatéral, dans deux observations seulement : (Observations v, xv). D'après Scheech, il occupe à gauche le lobe inférieur, à droite le lobe supérieur ; mais fréquemment à l'autopsie on constate que tout le poumon a été envahi par la tumeur. Car le sarcome se présente habituellement sous forme de volumineuse tumeur solitaire, bien isolée du tissu pulmonaire resté sain, remplissant tout un côté de la poitrine, et parfois débordant du côté opposé. La forme nodulaire qui est surtout une forme de sarcome secondaire est beaucoup plus rare, nous ne l'avons trouvée relatée que trois fois (Obs. ix, xv, xxix). Enfin la tumeur peut infiltrer uniformément tout un lobe, sans qu'il reste un vestige de parenchyme sain. C'est à vrai dire, l'exception, le plus souvent le sarcome s'entoure de

parenchyme pulmonaire, une capsule fibreuse plus ou moins épaisse, servant de transition entre les éléments normaux et pathologiques.

De volume variable, œuf de pigeon, grosseur d'un poing, d'une tête de fœtus, ce cancer peut, dans certains cas, prendre un tel volume, qu'il abaisse le diaphragme (Observ. xxiii, xxvii) le foie, refoule les organes du médiastin et le cœur dont la pointe bat sous le sein droit. Ainsi MM. Halbron et Serazy, (Obs. xx), ont vu un sarcome à cellules rondes du lobe inférieur du poumon gauche dont le diamètre était de 16 centimètres et qui, poumon et tumeur, pesait 5 kil.; MM. Spillmann et Haushalter (Obs. xxvii), rapportent le poids de 3.950 grammes : Reymond (Obs. ii), celui de 2.300 grammes ; dans l'observation de Ferrand (xxix), il s'agissait d'une masse cérébriforme pesant 1.800 grammes. Enfin, terminons cette énumération en disant que le poids du cancer que nous avons eu l'occasion d'étudier à l'autopsie de notre malade dépassait 2.500 grammes.

A la coupe, le sarcome paraît blanc, lardacé, d'aspect encéphaloïde, donnant au raclage un suc gris laiteux. Le tissu est soit rosé, suivant la richesse vasculaire de la tumeur, soit gris sale, et peut être creusé de poches volumineuses à parois molles, anfractueuses, contenant jusqu'à un litre de liquide (Obs. xxviii). C'est du sang, dans lequel nagent des débris de toute sorte dus à la désintégration des éléments de la tumeur, à du sphacèle causé par une invasion microbienne, tels que les staphylocoques. La paroi de ces

cavités est constituée par une enveloppe de parenchyme pulmonaire sain, doublé en dedans d'une couche de tissu blanchâtre et lardacé. Blumenthal a signalé au milieu d'une tumeur sarcomateuse, la présence d'une cavité remplie d'un liquide purulent de couleur vert-clair, de même, Milian et Mauté (Obs. v).

Le sarcome diffus, nodulaire, beaucoup plus rare, offre à l'examen des noyaux disséminés et distribués inégalement, les uns répartis superficiellement sous l'enveloppe pleurale, les autres enchassés dans le parenchyme. Les premiers ont la dimension d'un pois à un marron, une orange : de forme généralement sphérique, ils peuvent être aplatis, limités qu'ils sont dans leur développement par la réaction du tissu périphérique qui les encastre. Les seconds sont arrondis, plus ou moins durs, blancs-jaunâtres, gris-rougeâtres, déterminant à la périphérie des phénomènes de réaction et des altérations allant de la congestion à l'exsudation hémorragique, à la sclérose.

Dans la forme infiltrée, le poumon est envahi par une foule de petites granulations sarcomateuses et présente un aspect dur, ligneux, adhérent souvent aux côtes d'une façon tellement intime qu'il est impossible de l'en séparer.

Métastases. — Les métastases atteignent rarement les ganglions sous-claviculaires et axillaires, mais les ganglions bronchiques sont fréquemment pris. Ceux-ci sont augmentés de volume, mous, blancs-rosés, présentant au raclage de la surface de coupe un suc

laiteux analogue à celui des tumeurs primitives. Des noyaux secondaires se caractérisant par leur petitesse de leur volume et par l'absence de lésions dégénératives au centre, se rencontrent quelquefois, soit dans le poumon malade, soit du côté opposé.

La plèvre médiastine présente fréquemment des lésions dégénératives et, par continuité, l'infiltration sarcomateuse peut gagner le péricarde, l'oreillette gauche et les veines pulmonaires qui y aboutissent. Pitot (Obs. xviii), a eu l'occasion de constater une thrombose sarcomateuse des veines jugulaires antérieure et interne. Chez notre malade (Obs. xiv), se développa une thrombose de la veine sous-clavière gauche qui donna lieu à un œdème intense de la face et du bras gauche.

Les vertèbres peuvent être atteintes de lésions de carie assez avancée. Milian et Bernard (Obs. i) examinèrent un malade atteint de parésie, de cystite, d'escharre sacrée, chez lequel les phénomènes médullaires et cérébraux dominèrent la scène au point que le sarcome du poumon, cause première de l'affection, passa inaperçu. Dans un autre cas (Obs. v) le cerveau et le cervelet étaient criblés d'une multitude de petites cavités renfermant un pus visqueux, verdâtre.

Les parois thoraciques ne sont pas davantage respectées par l'extension du sarcome : le sternum, les côtes peuvent être soulevés, déformés, érodés par compression ou par ostéite raréfiante. Blumenthal (Obs. xx) Guyot (Obs. xxxiii) en ont cité des exemples.

Dégénérescences : L'évolution de la maladie n'est pas sans amener quelques altérations au sein de la tumeur. Hâtivement formées dans une prolifération excessive et souvent anormale, les cellules sarcomateuses sont d'existence assez brève, fragile et sujettes à des dégénérescences multiples. Tantôt elles se calcifient, s'ossifient (Obs. VI), tantôt au contraire elles subissent le ramollissement ischémique, hémorragique ou kystique.

Comme lésions associées, on a signalé la congestion hypostatique, la pneumonie catarrhale, la broncho-pneumonie, l'atélectasie.

Lésions de la plèvre : La plèvre, siège d'une inflammation aiguë ou chronique, réagit par la production d'un épanchement séreux ou hémorragique, dont la formule cytologique n'est pas constante.

Dans un certain nombre de cas, on a trouvé des cellules néoplasiques détachées, ou issues des lymphatiques qui en sont gorgés. Frankel a rencontré dans un liquide de pleurésie sarcomateuse des cellules remarquables par leurs énormes dimensions : de 4 à 18 fois plus grandes qu'un leucocyte, elles étaient rondes ou en massue, et contenaient des vacuoles en plus ou moins grand nombre. Schwalbe attribue à la présence de ces éléments une haute valeur de diagnostic. Nous étudierons cette question au chapitre VI d'une manière plus approfondie.

Formes et Variétés des Tumeurs conjonctives du poumon

Le chapitre des tumeurs conjonctivo-vasculaires du poumon est un des points les plus embrouillés de la pathologie des tumeurs, en raison de la grande variété des opinions émises par les auteurs, ce qui résulte de la grande difficulté du sujet. Aussi sommes-nous obligés de faire rentrer dans une description commune, un certain nombre de types histologiques très différents les uns des autres que nous ne réunissons artificiellement qu'à cause de la variété de la plupart d'entre elles.

Nous adopterons dans notre classification la méthode choisie par Ménétrier qui est la plus admise aujourd'hui, et nous distinguerons quatre espèces de tumeurs qui peuvent prendre leur développement initial dans le tissu conjonctivo-vasculaire qui sert de substratum aux alvéoles pulmonaires : ce sont : les sarcomes fuso-cellulaires et plus rarement les myxo-sarcomes, représentés par des cellules tassées les unes contre les autres, et dont les caractères sont réduits aux particularités morphologiques de ces dernières ; 2^o les lymphocytomes typiques, décrits par certains auteurs comme lympho-sarcomes ou comme sarcomes à petites cellules rondes ; 3^o les sarcomes endothéliaux typiques connus aussi sous le nom d'endothéliomes, et les sarcomes à grosses cellules rondes composés d'éléments morphologiques plus variés et qui en sont les formes atypiques ; 4^o les enchondromes ou chondrosarcomes.

Toutes les autres espèces n'ont été rencontrées dans le poumon, qu'à titre de localisations secondaires de néoplasies primitives d'autres organes.

1° Sarcome à cellules fusiformes : Ce sarcome nous paraît représenter l'évolution néoplasique type, de l'élément cellulaire du tissu conjonctif interstitiel de la trame pulmonaire. Sur 29 observations de sarcomes primitifs du poumon avec détails histologiques que nous avons relevés dans la littérature, nous en comptons 13 de sarcomes à cellules fusiformes, soit près de la moitié des cas. Les diverses observations concernent des sujets âgés de 3 à 80 ans ; l'âge moyen portant sur 13 cas est de 34 ans. Ce sont généralement les hommes qui sont le plus atteints : 10 hommes et 3 femmes. Enfin le poumon gauche est intéressé 8 fois alors que le poumon droit ne l'est que 4 fois et une fois seulement les lésions sont bilatérales (Obs. xxix).

Ce sont généralement de volumineuses tumeurs de consistance ferme, de teinte gris-rosée, d'aspect lardacé, donnant peu de suc au raclage, qui prennent naissance soit près du hile, soit en plein parenchyme et qui peuvent atteindre parfois des dimensions considérables. Tantôt elles envahissent la plèvre, tantôt elles restent séparées de la surface pulmonaire par une tranche de parenchyme intact, comme cela s'observait dans le cas de Rutimeyer.

Quant, aux métastases elles se bornent généralement à envahir le territoire ganglionnaire. M. Pitot a cependant signalé une métastase hépatique (Obs. xvi), et

M. Guyot a rapporté le cas d'une tumeur du poumon droit ayant envahi le creux sous-claviculaire et détruit le grand pectoral (Obs. xxxiii). Histologiquement, le sarcome est constitué par un tissu de fines cellules qui présentent une longueur de 10 à 20 cent., une largeur de 5 à 10 cent., renflées à leur centre avec un noyau ovale allongé, effilées à leurs deux extrémités ; elles sont disposées parallèlement les unes aux autres, constituant ainsi des faisceaux diversement orientés. Ceux-ci s'entrecroisent les uns les autres, formant un feutrage dense, parfois régulier et qui, de plus, paraît commandé dans sa distribution par la disposition des vaisseaux à son intérieur. Le stroma est formé par le tissu conjonctif de la région, très épaissi par places, et manquant complètement dans d'autres endroits; c'est que dans ce cas les cellules ont proliféré à l'excès, formant de vastes espaces purement cellulaires, avec de très rares vestiges des parois distendues et dissociées. La substance intercellulaire n'y existe presque plus, et ce n'est qu'avec des colorants électifs qu'on arrive à déceler de minces fibrilles espacées.

En certain point, on peut voir les éléments fuso-cellulaires s'infiltrer dans les parois bronchiques, dans les plèvres avoisinantes, dans les ganglions du médiastin, arriver à détruire et à se substituer aux éléments constituant ces régions.

La croissance de ces sarcomes, se fait par augmentation de la masse de la tumeur due à la multiplication de leurs éléments constitutants et par infiltration des cellules de la périphérie dans les tissus avoi-

nants. Ce mode de croissance varie suivant la variété histologique : celle où domine l'expansion centrale forme une masse volumineuse, molle, exubérante, présentant à son centre des dégénérescences étendues; celle au contraire où domine l'infiltration périphérique s'étend dans les parties voisines, est plus diffuse, moins volumineuse.

Signalons, également, une autre manifestation d'une évolution métatypique du tissu conjonctif, nous voulons parler des myxo-sarcomes. Ce sont des tumeurs molles d'apparence gélatineuse, demi-transparentes, succulentes, imbibées d'un liquide gommeux. De volume variable, certaines peuvent atteindre de grandes dimensions. Voici la seule observation de ce genre que nous ayons rencontrée dans la littérature :

OBSERVATION XXX (résumée). — FUCHS (cas personnel) 1881

Homme de 20 ans, atteint dans sa jeunesse de scrofule. Il y a deux ans, après un soi-disant refroidissement, douleurs très violentes dans le bras gauche qui, depuis, n'ont jamais cessé. Il y a 7 mois, ampliation de la partie gauche du thorax. 5 mois après, tumeur dans l'aiselle gauche de la grosseur d'une tête d'enfant, descendant jusqu'au bord inférieur du grand pectoral. Pas de toux, pas d'expectoration, pas de dyspnée. En avant, à gauche, dans le territoire de la tumeur : matité. Absence du murmure vésiculaire. Diagnostic porté : tumeur du poumon ayant fait directement irruption dans l'aiselle. Ponction de l'aiselle au point fluctuant : liquide vert-clair muqueux. Communication de la tumeur avec la cavité pleurale, l'usure des côtes est notée après l'invasion de la tumeur. Après l'opération, suppression, délire, coma, mort le soir.

Lobe inférieur gauche transformé en une tumeur gris-blanchâtre ayant usé les côtes sur une surface grande comme une main étendue. Myxo-sarcome à l'examen microscopique.

2° Lymphocytomes : Une seconde forme assez commune moins cependant que la précédente, ce sont les lymphocytomes. Nous les avons rencontré 8 fois sur 29 observations avec caractères histologiques précis. L'âge variait de 26 à 74 ans, avec une moyenne de 46 ans. De même que les sarcomes, ils atteignent plus particulièrement le sexe masculin : 6 hommes contre 2 femmes. Nous retrouvons également une semblable relation dans la localisation de ces tumeurs: les lymphocytomes siègent 5 fois à gauche et trois fois à droite.

Macroscopiquement ce sont des tumeurs de volume variable, d'aspect encéphaloïde, molles, grisâtres, avec des îlots rouges, correspondant à des dilatations vasculaires, à des foyers hémorragiques ; ou avec des parties opaques, caséeuses, lardacées, dures comme du cartilage. Les lymphocytomes, envahissent par infiltration les parties voisines, les bronches, la trachée, le médiastin, le cœur ; ce sont des tumeurs envahissantes et destructives des éléments auxquels elles se substituent.

Les métastases sont fréquentes dans les viscères par l'intermédiaire des voies vasculaires. Les diverses observations les signalent dans les centres nerveux : cerveau, moëlle ; dans le foie, le péricarde, le diaphragme.

Histologiquement, les lymphocytomes sont typiques ou atypiques. Typiques, ils correspondent à la forme

habituellement décrite sous le nom de lymphadénomes et présentent en effet une structure très proche de la forme adenoïde. Les cellules se présentent sous deux aspects : lymphocytes à noyau clair, lymphocytes à noyau coloré, mais avec plus d'irrégularités de formes. Le réticulum est d'abondance variable ; les cellules sont ou relativement espacées, dans un réticulum à fibrilles nombreuses, et dont les intervalles sont imbibés de liquide, ou étroitement rapprochées avec tassement des fibrilles, ce qui donne au tissu du lymphocytome une grande analogie d'aspect avec le tissu fibreux.

Sous le nom de lymphocytomes atypiques se range un grand nombre de tumeurs décrites sous le nom de sarcomes à petites cellules rondes, de sarcomes globocellulaires et que tous les auteurs décrivent comme formées de petites cellules semblables à celles du tissu de granulation. Or, les petites cellules de granulation sont en majorité des lymphocytes. Les cellules sont à gros noyaux riches en chromatine, avec très peu de protoplasma ; la substance intercellulaire est grenue et très peu abondante : les vaisseaux sont seulement des capillaires à paroi endothéliale. Souvent d'ailleurs, on rencontre des formes irrégulières et notamment des formes géantes multinuclées, de l'anomalie des noyaux, des nucléoles, habituels aux néoplasies à croissance active et maligne.

3° Endothéliomes : Décrits par Schottelius et Siégel, ils se présentent avec l'aspect macroscopique d'épaissis-

sements fibreux et lardacés de portions plus ou moins étendues de la plèvre et doivent être très vraisemblablement classés dans l'ordre des sarcomes. La néoplasie est essentiellement formée par la prolifération de grosses cellules polygonales, semblables à celles des endothéliums lymphatiques et tassées dans des conduits ou cavités alvéolaires représentent des lymphatiques altérés. Le stroma est du tissu fibreux, infiltré par place de petites cellules, et qui n'est autre que le tissu conjonctif de la région considérablement épaissi. Ces tumeurs s'étendent de proche en proche aux réseaux lymphatiques avoisinants, et par prolifération aux cavités endothéliales préexistantes, mais elles sont aussi capables de généralisation métastatique.

On doit également rattacher aux formes atypiques des endothéliomes certaines néoplasies encore peu connues, et décrites par les auteurs sous le nom de sarcomes à grosses cellules rondes.

4° Enchondromes : Les chondromes du poudmon seraient toujours d'après Cornil et Ranvier consécutifs à la généralisation d'un chondrome du testicule et de la parotide ; cependant quelques auteurs entr'autres M. Laboulène, admettent que des chondromes peuvent se développer primitivement dans le poudmon. Une observation de Clément atteste l'existence du chondrome primitif. Au point de vue clinique, les chondromes n'ont tantôt pas de signes spéciaux, se présentant généralement comme des tumeurs locales.

sans grand retentissement et sans symptômes : ce sont des trouvailles d'autopsie (Ritter Obs. xxxii), tantôt leur volume peut être la cause d'accidents de compression amenant la mort par cyanose et asphyxie (Clément Obs, xxxi).

Dans quelques cas même, ils manifestent leur malignité par la production de métastases, et c'est ainsi que Churton a publié un cas d'enchondrome du poumon avec tumeurs secondaires dans le cerveau.

OBSERVATION XXXI (résumée). — CLÉMENT, 1896
Mémoires et comptes rendus. Société Sciences Médicales
de Lyon

Enchondrome primitif du poumon

Le malade entre à l'hôpital avec une dyspnée intense, en orthopnée, extrêmement cyanosé et pouvant à peine répondre aux questions. Il put raconter que depuis trois mois, et que depuis quelques jours il était dans l'état actuel. L'auscultation ne révéla que de l'obscurité respiratoire. Expectoration séreuse aérée. Pas de température ; il mourut trois heures après.

A l'autopsie : Rien à noter dans les organes autres que les poumons. En enlevant le poumon gauche, on sent au sommet une tumeur qui siège en plein parenchyme pulmonaire ; elle est de la grosseur d'une orange, lourde, dure au toucher avec une sorte de crépitation superficielle. Elle est entourée d'une capsule consistant en un simple épaissement du tissu conjonctif : une branche importante de l'artère pulmonaire est aplatie.

La tumeur elle-même est constituée à la périphérie par de petits grains, gros comme de tout petits pois et à plusieurs facettes. Ces grains sont durs, enveloppés chacun d'une mince

enveloppe fibreuse, et constitué par du tissu fibro-cartilagineux. A la coupe, on croit que le centre est formé d'un tissu plus dur, d'aspect et de consistance osseuse. Pas de chondrome des autres organes.

Cette observation est intéressante, par le développement extraordinaire qu'avait acquis cette tumeur. Les crises atshmiformes répétées depuis plusieurs années, surtout dans les derniers temps et les troubles asphyxiques terminaux semblent être liés à l'évolution de la tumeur. Celle-ci a dû agir non par compression de la bronche ou de l'artère pulmonaire, mais probablement par irritation nerveuse, se manifestant par des crises atshmiformes réflexes avec mort par asphyxie.

OBSERVATION XXXII (résumée). — RITTER, 1887

In Thèse Würzburg

Enchondrome primitif du poumon

Femme de 54 ans, morte de broncho-pneumonie. On constate fortuitement à l'autopsie, dans le lobe inférieur du poumon droit, une petite tumeur grosse comme une noix, qui se caractérise extérieurement comme étant du cartilage. Sa coloration est blanc-bleuâtre, sa consistance est ferme, elle est lobulée et, à la coupe, le centre se présente ossifié. A la périphérie, cependant, on trouve du cartilage non ossifié. La petite tumeur était incluse dans une capsule conjonctive d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres, reliée à la plèvre viscérale par un pédicule conjonctif.

Microscopiquement, la tumeur se caractérisait par la présence de cellules ovales, formées par du cartilage hyalin pur, avec une capsule bien développée enfermant une ou plusieurs

cellules. Ce tissu correspond au parenchyme pulmonaire modifié en plusieurs endroits. On constate encore la structure normale du tissu sain. Il y a dans tout l'organe un fort dépôt anthracosique, mais dans la tumeur on ne trouve aucun dépôt de ce genre.

Les enchondromes qui font l'objet de ces deux observations pourraient être d'origine embryonnaire. Dans l'un et dans l'autre on trouve, en effet, au milieu de la masse cartilagineuse, un nodule calcifié avec parties osseuses.

A l'état pathologique, on trouve parfois dans le poumon, particulièrement à l'autopsie des tuberculeux, de petits fragments osseux et cartilagineux qui pourraient peut-être donner naissance à des tumeurs chondromateuses.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Nous ne nous étendrons pas longuement sur cette partie de notre travail. Le diagnostic est très épineux en maintes circonstances, et même bien loin d'être porté ; les symptômes se présentent souvent sans groupement définit, et ne prennent de valeur qu'autant que par leur multiplicité, leur groupement ; ils entraînent une certaine somme de probabilités.

Nous serons assez brefs sur le diagnostic différentiel, sans cependant le passer sous silence, ce paragraphe, assurément très important, n'est en définitive que celui du cancer du poumon en général, il a fait l'objet de nombreuses études, et il est à peu près bien établi à l'heure actuelle. Par contre, les nouveaux procédés d'investigation clinique nous ont paru plus dignes d'attention ; nous nous y arrêterons davantage et nous étudierons successivement dans une deuxième partie : la cytologie de l'épanchement, l'analyse des

crachats, la présence du glycogène dans les cellules, la biopsie, l'hématologie et, enfin, la radiographie et la radioscopie.

Et d'abord, sur quels signes nous appuyerons-nous pour distinguer, en présence d'une affection chronique du poumon, la tuberculose du cancer conjonctif ? Sur aucun, pris en particulier, mais bien sur un ensemble de symptômes, sur un faisceau de signes ; sur l'ensemble de l'évolution, et non sur un moment quelconque du processus morbide.

L'absence de bacilles dans les crachats est un signe de haute valeur, n'excluant pas cependant pour cela l'hypothèse du cancer, les deux lésions pouvant parfaitement, comme à l'heure actuelle, la chose est bien démontrée, évoluer côte-à-côte chez le même individu.

La tuberculose pulmonaire débute dans la grande majorité des cas par le sommet du poumon, tandis que pour le cancer conjonctif, Ménétrier a pu dire : « La localisation au sommet constatée dans la tuberculose, ne se rencontre dans le cancer que dans un quart des cas. »

La bilatéralité des lésions, de règle dans la tuberculose, est l'exception dans le cancer conjonctif. Nous ne l'avons jamais constatée que deux fois sur 35 observations. Enfin, l'absence de bruits d'auscultation bien nets, le silence néoplasique contrastant avec la symphonie si variée des phénomènes d'auscultation chez les tuberculeux, l'absence de fièvre, de sueurs nocturnes, de rémission dans la marche de la maladie, de

séro-diagnostic, sont des raisons amplement suffisantes pour affirmer l'hypothèse d'un néoplasme et rejeter celle de tuberculose.

De la présence d'adénopathies sus-claviculaires, il ne faudra pas trop se hâter de conclure à l'existence d'un néoplasme. Citons à ce sujet le passage suivant emprunté à la thèse de M. Darolles et qui indique bien ce que nous voulons exprimer : « Q'un malade tousse et présente en même temps un engorgement des ganglions sus-claviculaires, voilà presque sûrement un cancéreux. Que ce toussueur ait au contraire un engorgement des ganglions sous-maxillaires, il a beaucoup de chances pour n'être plus qu'un tuberculeux. Présentez à d'autres médecins des crachats d'aspect particulier ressemblant à de la gelée de groseille, ils n'hésiteront pas à se prononcer et porter sur le champ le diagnostic de néoplasme du poulmon. Or, cet engorgement des ganglions sus-claviculaires n'existe pas chez tous les individus et se retrouve en effet assez souvent chez des pulmonaires chroniques autres que les cancéreux. D'un autre côté, l'expectoration gelée de groseille, est loin d'être constante dans le cancer du poulmon, on la retrouve assez fréquemment chez les tuberculeux. » D'autre part, nous savons depuis les travaux de Troisier, que tous les cancers abdominaux peuvent déterminer de semblables adénopathies sus-claviculaires, du côté gauche tout au moins.

Les kystes hydatiques du poulmon, les bronchectasies, les scléroses pulmonaires, les pneumo konioses anthracosiques, se distinguent par l'évolution plus lente

de la maladie, par le résultat d'une ponction pour l'un, par la bonne conservation de l'état général pour l'autre.

La forme pleurétique du sarcome du poumon pourra être une source d'erreurs. Quand l'épanchement existe, la dyspnée hors de proportion avec les signes physiques, la rapide reproduction du liquide, l'absence de soulagement par la ponction, l'intensité de la douleur, la coexistence de signes de compression, le résultat négatif d'une inoculation au cobaye, le mauvais état général, feront penser à un néoplasme.

Faisons cependant une remarque à propos de la forme pleurétique sans épanchement. A la percussion on a perçu une matité de plomb accompagnée de tous les signes physiques, imposant forcément à l'esprit la présence d'une collection liquide. Il s'agit pourtant d'une grosse masse sarcomateuse occupant tout le poumon : la ponction est restée blanche et l'autopsie confirmera cette absence d'épanchement.

Il est, en pareil cas, certains signes qui permettront de lever les doutes qui pourraient exister. On pensera à un néoplasme lorsque l'ampliation thoracique ne sera pas régulière, lorsqu'à l'auscultation les bruits du cœur se propageront et que la thoracentèse méthodiquement pratiquée, aura donné des résultats négatifs. Quant à ces symptômes particuliers, s'ajouteront une expectoration gelée de groseille, un lacis veineux sous-cutané, un cyanose « en pèlerine », accompagnée d'œdème, des adénopathies, l'incertitude, si elle existait encore, n'aurait plus de raison d'être.

Le traitement spécifique « pierre-de-touche », sera institué si l'on a une raison de penser à une manifestation syphilitique du poumon ou des bronches. De même dans les cas très rares d'actinomycose pulmonaire, le traitement ioduré, la recherche de l'actinomyces dans les crachats pourront mettre sur la voie du diagnostic.

Le sarcome à forme médiastine compressive, pourra être confondu avec un anévrysme de la crosse de l'aorte ou avec des tumeurs malignes des ganglions trachéo-bronchiques. Mais lorsque l'anévrysme est assez gros pour donner lieu à des phénomènes de compression, il est bien rare que l'on ne constate pas des signes qui lèvent tous les doutes : inégalité des pouls radiaux, double centre de battements perceptibles à la vue et à la palpation. Quant à l'adénie, elle se différenciera par la présence de masses ganglionnaires, dans d'autres points du corps : aux aisselles, aux aines, le long du cou.

Quant au diagnostic entre l'épithélioma et le sarcome, on se rappellera que seul ce dernier peut donner lieu à de volumineuses tumeurs, simulant la grosse pleurésie à grand épanchement et donner lieu à des productions extérieures volumineuses ; l'absence de ganglions inguinaux et axillaires, le cornage, pathomonique pour Béhier, l'absence de teinte jaune paille, pourront faire pencher en faveur de l'une ou de l'autre hypothèse, sans le plus souvent permettre de se prononcer.

Cytologie des épanchements : Quincke et Ehrich ont les premiers noté la présence de cellules spéciales dans les épanchements. Puis Bard, Brault, Labbé, Widal et Ravaut, se sont occupés successivement de cette question, et il est aujourd'hui certain que la méthode de ces deux derniers auteurs, peut sans toujours être constante, rendre de grands services. C'est sur la forme des cellules qu'on s'est appuyé le plus souvent pour le diagnostic.

Le contenu de l'exsudat se compose généralement d'une petite proportion de lymphocytes, de leucocytes mononucléaires ; de très rares leucocytes polynucléaires et enfin d'une grande quantité de cellules sarcomateuses et de globules rouges.

Bard se base uniquement sur l'hémolyse des globules rouges constatée par la teinture de gaïac pour se prononcer en faveur de la nature cancéreuse d'un épanchement. Cette considération, s'appuie jusqu'à présent sur un trop petit nombre de constatations, pour qu'on puisse la considérer comme générale.

Examinées sans coloration, les cellules, supposées malignes, apparaissent comme de grandes plaques très granuleuses, arrondies, au milieu desquelles on distingue un ou deux noyaux plus clairs, pourvus d'un ou de plusieurs nucléoles. Dans quelques-unes même, on peut apercevoir des corps en virgule ou en faucille, moins grands que le noyau et inclus dans le protoplasma. Ces cellules sont immobiles. Colorées à l'hématéine-éosine, elles se présentent sous des formes variables : rondes, ovales ; d'autres sont irrégulières,

munies de prolongements. De la dimension d'un gros leucocyte ou atteignant parfois 4 à 18 fois le diamètre de celui-ci, ces cellules sont soit isolées dans le liquide, soit réunies par groupe de 3, de 4, d'une vingtaine. Le protoplasma ne contient pas de granulations au triacide, et présente dans son intérieur des globules rouges, des globules blancs, ou des débris cellulaires dont quelques uns, par leur forme, rappellent les parasites que l'on a décrit dans les cancers. Il contient en outre, de nombreuses vacuoles, petites et multiples (Ravaut) ou volumineuses et uniques (Rieux, Savy). Le noyau peut présenter un ou deux nucléoles très gros et très apparents; il est unique dans les petites cellules, multiple dans les grosses cellules, et contient presque toujours des vacuoles.

Nous ne croyons pas que cette forme vacuolaire soit spécifique du cancer. Cornil, dans les pleurésies provoquées chez le chien, décrit des cellules vésiculeuses. Enfin, M. le Professeur Renaut, dans son traité d'Histologie pratique, étudiant les macrophages des cellules du lapin qui ne sont que des cellules endothéliales modifiées, constate leur état nettement vacuolaire.

De plus, tout épanchement au cours d'un sarcome primitif, ne sera pas forcément de nature cancéreuse, il ne pourra être que la manifestation d'une inflammation aiguë ou chronique, d'une réaction irritative de la séreuse, vis-à-vis de la tumeur pulmonaire. Le sarcome qui reste cantonné dans l'intérieur du parenchyme, s'il s'accompagne de pleurésie ne se traduit pas forcément par la présence de cellules spéciales ;

ce fait a été fréquemment observé par de nombreux observateurs, et la cytologie ne pourra dans ce cas donner la clef du diagnostic.

Enfin, du fait même que nous serions en présence d'éléments endothéliaux, nous ne pourrions pas encore conclure à l'existence d'une pleurésie cancéreuse. Dans les pleurésies banales, d'origine cardiaque, tuberculeuse, on a également rencontré de ces grosses cellules à noyaux multiples, à inclusions protoplasmiques, à grosses vacuoles.

Présence du glycogène dans les cellules : Certains auteurs ont prétendu que la présence de glycogène au sein de ces éléments spéciaux était un indice de nature néoplasique, pouvant servir à différencier la cellule maligne de la cellule banale. Pour Brault, dans les cellules sarcomateuses où les phénomènes d'assimilation sont très exagérés, la suractivité nutritive des cellules se traduit par l'accumulation de réserves alimentaires dont la plus importante est le glycogène. Quincke, Labbé, ont rapporté des cas assez nets relatant cette particularité, mais ils avouent également que ce signe bien qu'intéressant est inconstant et infidèle, et que le glycogène disparaît des cellules qui séjournent un certain temps dans un liquide pleurétique.

Pour certains, Frankel et Quincke en particulier, la dégénérescence graisseuse des cellules, aurait une grande importance. Ils ont décrit des éléments à aspect muriforme, composés de petites granulations graisseuses. Mais cette dégénérescence se rencontre

aussi bien dans les cellules endothéliales que dans les cellules sarcomateuses.

Concluons en disant que, nous ne trouvons pas dans l'étude histologique des épanchements des signes pathognomoniques, permettant d'affirmer un sarcome primitif. On ne négligera cependant pas ce procédé qui dans certains cas peut venir en aide au clinicien.

Examen de l'expectoration : La présence de bourgeons néoplasiques dans les matières expectorées a été signalée à plusieurs reprises. Walch le premier a décrit l'aspect de petites particules ressemblant à de la ceruelle hachée dans les crachats d'un malade. Lancereaux porta le diagnostic de cancer mélanique chez un malade pris pour un tuberculeux, chez lequel il trouva une expectoration remplie de petits grains analogues à du tabac à priser. Des observations d'Allemagne, sont venues s'ajouter à celles-ci. Betschart, Ebstein découvrirent des amas de cellules isolées ou réunies en agglomérations dans des crachats. Hampeln en donna une bonne description, accompagnée d'une planche où sont figurées les formes cellulaires qu'il est normal de rencontrer dans l'expectoration et les formes anormales qu'il est habituel de rencontrer dans le cancer.

Kurt-Wolff, sans en nier l'existence, déclare ne l'avoir jamais trouvé signalé dans les observations qu'il a consultées, alors que, cependant, l'examen anatomique montrait que les tumeurs étaient parvenues dans plusieurs cas à un degré d'ulcération plus ou moins

avancé. Peter avoue que cette expectoration n'est caractéristique qu'à la condition de renfermer non des cellules isolées, mais de petits fragments de tumeurs. D'après cet auteur, cette recherche est décevante, car elle ne serait positive que dans le cas de sarcome ulcéré ; à ce moment les éléments rejetés sont méconnaissables.

En France, Claisse a signalé deux cas de sarcomes du poumon, l'un primitif, l'autre secondaire, qu'il a eu l'occasion d'étudier et chez lesquels l'examen histologique a fourni chaque fois un résultat positif. Dans l'expectoration du premier malade, il parvint à décèler de petits fragments de teinte blanchâtre, de la taille d'un noyau de cerise. Dans celle du second, il put mettre en évidence, à plusieurs reprises des particules de diverses tailles ; la plus grosse atteignait la dimension d'un pois. Kronlein opéra un malade pour un ostéo-sarcome de la cuisse, et constata trois mois après l'intervention chirurgicale, l'existence dans l'expectoration de gros fragments de tissu sarcomateux à grosses cellules, dont la structure était identique à celle du sarcome primitif. « L'examen histologique, dit cet auteur, suffit, même s'il ne peut pas être toujours très approfondi, pour reconnaître un tissu pathologique qui n'a pas son équivalent dans l'organisme ». Nous n'avons trouvé ce fait signalé qu'une fois dans les observations que nous avons colligées. Il nous semble que cet examen même minutieusement pratiqué, ne donnera souvent que des résultats négatifs, surtout dans les cas de sarcomes non ulcérés. Il est

vrai que, faute d'une observation systématique les fragments cancéreux peuvent facilement passer inaperçus du malade et du médecin, confondus qu'ils sont avec des exsudats épais, ou avec des particules alimentaires. Quoi qu'il en soit, ce moyen d'investigation clinique ne devra être négligé dans aucun cas.

A titre documentaire, indiquons la technique employée par Claisse, qui consiste à examiner les produits à l'état frais, en les dissociant sur une lame de verre et en les colorant extemporanément soit au picro-carmin, soit à la thionine, dont les réactions sont particulièrement avantageuses dans le cas où les cellules cancéreuses ont subi un commencement de dégénérescence.

Biopsie, hématologie : Certains auteurs (Méthode de Mauté) ont préconisé le harponnage comme moyen de diagnostic. Lehndorff (Obs. xvi), rapporte un cas où le diagnostic fut établi au moyen de l'examen histologique de fragments de tumeur, extraits sur le malade pendant la vie. Mais cette biopsie ne semblerait pas être trop inoffensive. Anvericht a relaté le cas d'un malade auquel il pratiqua sept ponctions pour une pleurésie sarcomateuse ; or, à chacun des points ponctionnés, il se forma des noyaux sarcomateux secondaires qui se firent jour jusqu'aux téguments et qui permirent de poser un diagnostic jusque là impossible. La bronchoscopie (méthode de Kilian), voit plutôt son application dans les cancers des bronches.

L'hématologie dans le sarcome du poumon n'a pas

donné de résultats importants; on trouve parfois un peu de déficit globulaire, de l'hyperleucocytose sans formule spéciale, de l'éosinophilie. (Rieux, Savy).

Méthode graphique : La méthode graphique, peut montrer nettement la différence de l'ampliation respiratoire du thorax, entre le côté sain et le côté malade. Mais les tracés recueillis ainsi par sthétographie bilatérale (méthode de Gilbert et Roger), sont par leurs caractères incapables, de donner l'affirmation de l'existence d'une tumeur, puisqu'ils peuvent se présenter avec de pareils caractères dans les cas de pleurésies, pneumothorax, et surtout rétractions du thorax par adhérences pleurales; ils ne viennent qu'ajouter une confirmation aux résultats apportés par les autres méthodes pour l'établissement du diagnostic.

De plus, quand les pulsations cardiaques sont perceptibles dans toute la hauteur du poumon malade, il peut être possible de faire intervenir la méthode ci-dessus et d'enregistrer ces pulsations qui, normalement, ne se perçoivent pas et s'enregistrent encore moins à ce niveau. Pour que pareil fait se produise, il faut qu'il y ait soit ectopie cardiaque, soit transmission des pulsations par un tissu condensé, bon conducteur du son. La première hypothèse s'élimine facilement, quand les bruits du cœur sont trouvés à leur place normale; il en est de même pour l'hypothèse d'empyème pulsatile. L'anévrysme de l'aorte, outre qu'il siège plus volontiers à la partie antérieure du thorax, s'accompagne de symptômes spéciaux et donne

un tracé graphique qui est typique (triple pulsation). Si donc, l'examen du tracé obtenu se présente avec les aspects d'un cardiogramme, on peut presque affirmer que l'on est en présence d'une tumeur solide du poumon.

Radioscopie, radiographie : L'exploration radiologique du thorax est d'un grand secours pour le diagnostic précoce de tumeurs conjonctives du poumon, parce qu'elle nous révèle dans l'épaisseur du parenchyme, l'existence d'une ou de plusieurs masses, plus ou moins volumineuses, plus ou moins nettement sphériques et plus ou moins opaques, qui souvent échappent aux autres procédés d'examen physique de l'arbre respiratoire. Mais ce n'est jamais l'exploration radiologique seule qui permet le diagnostic de sarcome du poumon. D'autres productions que les néoplasmes solides, en particulier des kystes dermoïdes et surtout des kystes hydatiques, peuvent donner sur l'écran ou sur la plaque, des images identiques. L'existence et le caractère des douleurs, la marche rapide de la maladie, l'altération de l'état général, l'examen microscopique de l'expectoration, tels sont, avec la méthode graphique et l'examen radiologique et radioscopique, les principaux éléments du diagnostic. Dans certains cas une ponction est indispensable pour élucider s'il s'agit d'une tumeur solide ou d'un kyste hydatique et pour étudier histologiquement les éléments trouvés dans le liquide retiré.

Si nous nous sommes étendus un peu sur cette

seconde partie de ce chapitre, c'est pour bien montrer qu'il ne faut négliger aucun des moyens dont nous disposons actuellement, parce que souvent l'ensemble des résultats obtenus équivaut à une certitude.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement à mettre en œuvre sera seulement palliatif ; le médecin, comme dans toutes les affections incurables, répondra aux diverses et multiples indications fournies par la symptomatologie.

Contre l'élément douleur, on luttera par des frictions calmantes, par des cataplasmes sinapisés, laudanisés, par des enveloppements au salicylate de méthyle. Si ces moyens sont inefficaces, on aura recours aux injections sous-cutanées de morphine, sans crainte la morphinisation, le cancéreux supportant si bien ce médicament, qu'on a pu dire avec raison que la morphine était son aliment. Contre la toux, on aura recours aux opiacés, et si elle est coqueluchoïde : à la belladone, à la jusquiame. Contre la dyspnée, si elle est due à l'insuffisance du champ respiratoire, on aidera à l'hématose en évitant les dangers d'asphyxie par des inhalations d'oxygène. Mais lorsqu'elle relève d'un épanchement pleural un grave problème se pose :

faut-il évacuer ou doit-on s'abstenir de la thoracentèse ? M. Barié résume les éléments de la question de la manière suivante : « Quelques cliniciens s'élèvent avec force contre la ponction dans la pleurésie cancéreuse pour trois raisons principales : la dyspnée disent-ils est tout aussi vive après, qu'avant la thoracentèse : en outre, le liquide évacué à une tendance particulière à se reproduire avec une extrême rapidité et nécessite bientôt une nouvelle évacuation ; enfin, à cause de la nature fréquemment hémorragique du liquide, on s'expose à affaiblir rapidement le sujet par ces soustractions répétées de liquide sanguin. On peut cependant répondre à la première objection, que si éphémère que soit le calme produit par la ponction, on ne peut guère la refuser à un malheureux qui étouffe. De plus, si chaque soustraction de liquide sanguin est une saignée qui affaiblira le malade, nous pourrions obvier jusqu'à un certain point à cet inconvénient, en évacuant seulement une petite quantité de liquide, suffisante pour calmer l'oppression ».

Enfin, une indication, et non des moins importantes, sera de soutenir l'état général par les toniques et une alimentation appropriée.

Pneumectomie : Le traitement chirurgical n'a pas donné jusqu'à cette heure de résultats appréciables. Quelques tentatives opératoires ont été faites pour extirper le sarcome, la plus grande partie a été suivie de mort des opérés. Le sarcome primitif est toujours d'un diagnostic difficile, on ne le reconnaît que quand

il a déjà atteint de trop grandes dimensions, et son mode de développement explique trop combien la pneumectomie est à peu près toujours suivi d'insuccès.

Les quelques survies d'Antony Millon, de Pean, de Muller, ne peuvent entrer en ligne de compte, faute d'un examen histologique sérieux révélant la nature des tumeurs auxquelles ces chirurgiens se sont adressés.

Nous avons recueilli, dans la littérature, une observation qui nous a paru tout particulièrement intéressante, contrôlé qu'était le diagnostic clinique, par un examen microscopique approfondi, nous la donnerons, *in extenso*, en ce qui concerne le traitement chirurgical.

OBSERVATION XXXIII. — M. J. GUYOT, 1911

Sarcome fuse-cellulaire primitif du poumon droit

Homme de 35 ans, employé de commerce, ayant toujours joui d'une bonne santé. La maladie a débuté par une violente douleur thoraco-scapulaire droite et suivie d'un crachement de sang important. Cette hémoptysie se reproduisit à plusieurs reprises. Accompagnée de signes d'auscultation à droite, on porta le diagnostic de bacillose à son début. Au mois de juin 1910, alors que depuis trois mois les crachements de sang avaient cessé, cet homme constata par hasard, au niveau de la région pectorale droite, l'existence d'une tumeur non douloureuse, et ayant le volume d'un œuf. Dans les mois qui suivirent, la tumeur augmenta peu à peu de volume, les hémopty-

sies se reproduisirent de loin en loin et par crises, cet homme avait de violentes douleurs irradiées au niveau de la région scapulaire droite. A aucun moment on ne nota de phénomènes fébriles.

En septembre 1910, M. le professeur Villar examine le malade et diagnostiqua l'existence d'accidents tuberculeux pulmonaires, avec coïncidence probable d'un abcès thoracique. Ponction négative. Nous examinons ce malade à notre tour. Il s'agit d'un homme jeune, encore vigoureux, qui présente dans la région axillaire droite une tumeur de volume d'un gros poing, recouverte par une peau normale, sans circulation veineuse collatérale et de consistance résistante. Sa limite supérieure remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule; en dedans, la tumeur s'arrête à trois doigts du bord du sternum, tandis qu'en dehors cette tuméfaction, d'apparence globuleuse et régulière, se prolonge jusque dans l'aiselle qu'elle remplit presque complètement. L'auscultation de la partie postérieure du thorax montre qu'il existe de l'obscurité respiratoire avec matité au niveau des fosses sus et sous-épineuses. Pas de signe d'épanchement pleural de ce côté; rien de particulier aux autres viscères qui furent soigneusement examinés, en particulier le système ganglionnaire, qui fut trouvé indemne. On ne constata jamais la présence de bacilles de Koch, et la cuti-réaction resta négative. La radioscopie montra d'une façon très nette, l'existence d'une tumeur intra-thoracique, se traduisant par une ombre très prononcée et dont la limite inférieure descendait à trois travers de doigt au-dessous de la portion extra-thoracique. Une biopsie fut faite sous chloroforme et ne donna aucun renseignement, l'incision n'ayant pas vraisemblablement été assez profonde pour atteindre la paroi de la tumeur. Cette incision exploratrice donna lieu à un écoulement assez abondant de sang noir et de caillots. Dans les jours qui suivirent, le malade continua à éprouver des douleurs très vives au niveau de l'épaule droite. La tumeur augmentait de jour en jour; ayant donc éliminé la possibilité d'accidents

tuberculeux et le kyste hydatique du poumon, nous fûmes amenés à penser que cet homme était atteint d'une tumeur primitive du poumon droit, affectant une forme en bissac, avec deux portions extra et intra-thoraciques, communiquant largement entre elles, grâce à une perforation des espaces intercostaux.

Après avoir hésité quelques jours sur la conduite à tenir, nous demandant si ce malade n'était pas arrivé à la période d'inopérabilité de sa tumeur, nous décidâmes de tenter l'intervention chirurgicale. Il s'agissait d'un homme jeune et résistant, torturé par des crises douloureuses internes, exposé à la répétition d'hémorragies, et chez lequel, malgré tous les examens pratiques, il existait une certaine indécision sur la nature de l'affection dont il était atteint. Nous avons, du reste, l'adhésion complète de ce malheureux et de sa famille.

Intervention : Par une incision elliptique, nous entourons la plaie laissée par la biopsie, et ayant isolé les tendons du grand et du petit pectoral, nous les sectionnons successivement afin de libérer la tumeur de sa connexion axillaire. Celle-ci étant très intime, il nous fallut réséquer sur une étendue de 5 à 6 centimètres, la veine axillaire très étroitement adhérente à la tumeur ; nous pûmes ainsi enlever en bloc toute la partie extra-thoracique du néoplasme avec les muscles pectoraux. L'orifice de communication apparut alors de forme elliptique mesurant 8 à 9 centimètres de diamètre et dont les bords régulièrement amincis paraissaient usés, mais non envahis par la néoplasie. La main introduite, facilement par cet orifice dans le thorax, rencontre une tumeur encapsulée de consistance très friable, qui se rompt à la moindre pression et laisse échapper une masse rougeâtre, grenillée, d'apparence myxomateuse, mélangée à des caillots sanguins. Cette tumeur est fragmentée et à pleines mains on déterge le contenu néoplasique de l'hémithorax droit. Ceci fait, on se trouve en présence d'une cavité considérable, dans laquelle on introduit facilement

une grande compresse péritonéale. Cette cavité est limitée en dehors par la paroi thoracique, qui paraît normale sauf au niveau de l'orifice de pénétration, et dont le fond est constitué par le poumon ratatiné. Celui-ci présente une perte de substance importante, qui constitue la base d'implantation du néoplasme. Ayant essayé d'attirer le poumon à l'aide de pinces de Musseux, on constate que ces tissus sont friables et se déchirent à la moindre traction. L'écoulement de sang étant insignifiant, on ne fait aucune ligature intra-thoracique, et après avoir introduit dans la poitrine deux gros drains n° 12, en canons de fusil, on pratique la suture de la plaie en assurant par un troisième drain, le drainage des régions préthoraciques et axillaires.

Le 27 et le 29 on retire les drains axillaires qui depuis l'opération ont donné lieu à un écoulement sanguinolent important. Ces drains sont remplacés par d'autres moins volumineux par lesquels se sont écoulés, les jours suivants des débris néoplasiques d'odeur sphacélique. La réunion du lambeau s'est faite per primam et le malade quitte l'hôpital, un mois après son opération.

Aujourd'hui, les drains ayant été enlevés, la plaie est complètement cicatrisée. Il n'existe aucun trouble de circulation du côté du membre supérieur droit. Notre opéré ne souffle plus, il mange, dort, se promène et a son aspect actuel; il est difficile de soupçonner l'état des symptômes graves, qu'il présentait à son entrée à l'hôpital.

L'examen microscopique de la pièce a été faite par M. le Professeur agrégé Sabrazès et le Docteur Nadal qui tous deux conclurent à l'existence d'une tumeur sarcomateuse,

L'histoire de ce malade présente une autre particularité : c'est le retour presque complet du murmure vésiculaire au niveau du sommet du poumon ; là où

il n'existait avant l'intervention, que de l'obscurité respiratoire associé à de la matité.

Frappé du résultat apparemment brillant de cette intervention chirurgicale, nous avons eu la curiosité de savoir ce qu'était devenu ce malade, et nous avons appris qu'après six mois d'une amélioration, qui semblait une guérison, les hémoptysies reparurent. La radioscopie a montré la récurrence intra-pulmonaire à contours très nets, et maintenant le néoplasme qui a perforé la paroi thoracique est énorme ; il refoule l'omoplate, le bras provoquant des douleurs atroces, de l'œdème et des phénomènes paralytiques du bras droit (Septembre 1911).

CONCLUSIONS

I. — L'existence des tumeurs primitives du poumon d'origine conjonctive est certaine, mais les observations communiquées sont très peu nombreuses. Faut-il de cela en conclure à leur excessive rareté ? Ces affections sont peu communes sans conteste, mais nous serions portés à penser qu'elles échappent facilement à l'observation courante, et qu'en clientèle certains malades succombent avec le diagnostic de tuberculose ou de sclérose pulmonaire, qui peut-être seraient trouvés atteints de tumeurs du poumon à l'autopsie.

II. — Les symptômes fonctionnels ou physiques des tumeurs conjonctives du poumon ne présentent pas une physionomie clinique bien définie : certains d'entre eux, cependant, tels que : la douleur incessante, la dyspnée progressive, l'assymétrie très manifeste d'un côté du thorax, le retentissement des bruits du cœur dans tout un côté de la poitrine, le décubitus sur le côté malade, l'absence de liquide malgré la probabilité que donnent les signes d'auscultation, sont autant de manifestations qui attireront l'attention du clinicien.

III. — Si imprécis que soient souvent les symptômes des tumeurs conjonctives du poumon, il nous a semblé cependant que nous pouvions les grouper de manière à déterminer six formes cliniques principales.

a) Une forme aiguë, simulant, soit une granulie, soit une endocardite infectueuse, qui emporte le malade en quelques mois, sans que le plus souvent rien n'ait permis de porter le diagnostic ;

b) Une forme latente : dans laquelle la véritable cause de la maladie échappe au clinicien ; son attention étant attirée par des manifestations, quelquefois déterminées par des localisations secondaires du processus sarcomateux, qui dominent toute la scène. D'autres fois, la tumeur est une trouvaille d'autopsie ;

c) Une forme broncho-pulmonaire qui se définit d'elle même ;

d) Une forme médiastine ou compressive ;

e) Une forme pleurétique avec épanchement, c'est-à-dire celle où la tumeur se cache derrière un épanchement hémorragique ;

f) Enfin, une forme pleurétique sans épanchement, la plus commune à notre avis. Tous les signes stéthoscopiques et fonctionnels font penser à la présence d'une grosse collection ; on ponctionne, mais sans résultat.

IV. — Le diagnostic ne pourra être fait que lorsqu'il existera un faisceau de signes, un complexe symptomatique assez touffu pour que l'ensemble devienne

caractéristique. La clinique devra s'aider pour arriver au diagnostic des tumeurs conjonctives du poumon : de l'examen microscopique des crachats qui révèlent parfois l'existence d'un tissu pathologique sans analogue dans l'économie, de la cytologie des épanchements pleuraux, de l'hématologie, et de la méthode graphique. Enfin, la radioscope et la radiographie pourront découvrir la présence de tumeurs, qui avaient échappé jusqu'alors aux autres moyens d'examen physique de l'appareil respiratoire.

Vu : Le Président de Thèse

Nancy, 6 Décembre 1911

J. SCHMITT

Vu : Le Doyen

Nancy, le 6 Décembre 1911

GROSS

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 6 Décembre 1911

Le Recteur,

Ch. ADAM

Correspondant de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Andral.** — Clinique médicale 1840.
- Aviolat.** — Thèse Paris 1861.
- Barié.** — Dictionnaire de Médecine de Dechambre.
- Beale.** — Journal of. Laryngologie 1875.
- Beclère.** — Bulletins et mem. Soc. radiol de Paris 1999.
- Béhier.** — Gazette des Hôpitaux 1865.
- Bensaude.** — Bulletins Société Anatomique de Paris 1905.
- Bernheim.** — Société de Médecine de Nancy 1898-99.
- Bernheim et Simon.** — Recueil de faits cliniques 1890.
- Braunreuter.** — Inaugural Dissertation Munchen 1880.
- Broc.** — Bulletins Société Anatomique Paris 1905.
- Claisse.** — Journal de médecine interne Paris 1904.
- Clément.** Mem. Société des Sciences méd. de Lyon 1896.
- Courmont.** — Lyon Médical 1896.
- Darolles.** — Thèse Paris 1877.
- Daunic.** — Toulouse médical 1910.
- Duran.** — Thèse Paris 1900.
- Demange.** — Revue médicale de l'Est 1875.
- Delporte et Guibal.** — Archives de méd. et pharm. militaires 1908.
- Eckersdorff.** — Inaugural Dissertation Jéna 1906.
- Ehrlich.** — Deutsche Méd. Annalen 1882.
- Ferrand.** — Société médicale des Hôpitaux 1893.
- Frankel.** — Berliner Klinische Wochen 1892.

- Fuchs.** — Beitrage fur Kenntnuiss der primaren geschwulst bildungen in der Lungen Munchen 1886.
- Germain Sée.** — Maladies de poitrine 1885.
- Gueneau de Mussy.** — Clinique médicale.
- Guyot.** — Gazette hebdomad. Sciences méd. de Bordeaux 1911.
- Halbron et Serazy.** — Bulletins Société Anat. 1910.
- Hampeln.** — Zeitschrift fur Klin méd. 1897.
- Hoertling et Hesse.** — Cancer pulmonaire des mineurs de Schnellenberg 1877.
- Kurt Wolff.** — Fortschritte der méd. 1895.
- Labbé.** — Le cytodagnostic.
- Labbé, Armand Delille et Aëguinet.** — Bulletins Société Anatomique 1902.
- Lehndorff.** — Wiener mediz. Wochenschrifte 1908.
- Malassez.** — Archives de physique normale et pathologique 1877.
- Ménétrier.** — In traité Brouardel et Gilbert.
- Milian et Bernard.** — Bulletins Société Anatomique 1898.
- Milian et Mauté.** — Bulletins Société Anatomique 1900.
- Muller.** — In thèse Wurzbourg 1899.
- Pater.** — Bulletins Société Anat. de Paris 1879.
- Poisson et Robin.** — Gazette médicale de Paris 1856.
- Pétain.** — Leçons. Gazettes des Hôpitaux 1877.
- Pollak.** — Inaugural dissertation Wurzbourg 1877.
- Prudhomme.** — Union médicale du Nord-Est 1903.
- Quincke.** — Deutsche archiv für Klin. méd. 1891.
- Rançlaret.** — Bulletins Société Anat. 1900.
- Reymond.** — Bulletins Société Anat. 1893.
- Ritter.** — Inaugural dissertation 1898, Mimchen.
- Rokitansky.** — Atlas d'Anatomie pathologique.
- Rutimeier.** — Correspondenz blatt für Schweizer Aertze 1879.
- Scheech.** — Deutsche Archiv für klin. méd. 1891.
- Schwalbe.** — Médecine moderne 1891.
- Spillman P. et Haushalter.** — Revue médicale de l'Est 1894.

Spillmann L. et J. Parisot. — Revue médicale de l'Est 1907.
Haushalter.

Spilmann (L.) et J. Parisot. — Revue Médicale de l'Est 1907.

Szelaǵowski : Thèse, Paris 1900.

Trousseau. — Clinique de l'Hôtel Dieu 1873.

Vidal et Ravaut. — Société Biologie, Paris 1900.

— id. 1900. 411-698.

Vulpian. — Cliniques Médicales de la Charité.

Walter. — The Lancet 1871.

Walch. — Bulletins Société Anatomique 1892.

Walsche. — Traité des maladies de poitrine 1870.

Walter Reinhard. — Archiv der Heilkünde 1878.

Weber. — The Lancet 1907.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	7
CHAPITRE I. — Aperçu historique	11
— II. — Etiologie et pathogénie	15
— III. — Symptomatologie.....	23
— IV. — Formes cliniques.....	37
1. Sarcome à marche aiguë.....	38
2. Sarcome à marche chronique.....	43
a) Forme latente.....	43
b) Forme broncho-pulmonaire.....	50
c) Forme compressive	57
d) Forme pleurétique avec épanchement ..	74
e) Forme pleurétique sans épanchement ..	90
CHAPITRE V. — Anatomie pathologique.....	103
— VI. — Diagnostic.....	119
— VII. — Traitement.....	130
Conclusions.....	140
Index bibliographique	146



